

# Lei av livet?

Selvmondsforebygging for eldre i somatisk sykehus

*En litteraturstudie*

Liv Jorunn Hage Nicolaysen



Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus,  
vold og traumer  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2012



# Lei av livet?

Kan somatiske sykehus være egnede arenaer for selvmordsforebygging blant eldre?

*En litteraturstudie*

© Forfatter: Liv Jorunn Hage Nicolaysen

År: 2012

Tittel: Lei av livet?

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Studiens formål:** Målet med studien er å skissere en modell for selvmordsforebygging rettet mot eldre innlagt i somatisk sykehus dersom sykehus egner seg for formålet.

*Kan somatiske sykehus vise seg å være egnede arenaer for selvmordsforebygging blant eldre?*

## Metode

For å kunne svare på om somatiske sykehus er egnede arenaer for selvmordsforebygging blant eldre er forskningsbasert litteratur systematisk søkt, gjennomgått og vurdert. Fokus har vært på hva som fører til selvmordsrisiko, hva som er gjort - og hva som foreslås som forebygging på området. I tillegg til manuelle litteratursøk er det gjennomført systematiske søk i databaser som Medline, PsykInfo og PubMed. Sjekkliste fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) ble valgt som verktøy for kvalitetsvurdering av studiene. Hensikten med litteraturgjennomgangen var å bruke resultatene som bakgrunnsmateriell for utforming av en forebyggingsmodell for eldre innlagt i somatiske sykehus.

## Resultat

Artiklene (n=9) som ble vurdert besto av typen psykologiske autopsi studier, hvorav en er kvalitativ og åtte er kasus kontrollerte studier, inkludert en registerstudie.

**Risikofaktorer:** Resultatene viste at selvmordsrisiko hos eldre oppstår med bakgrunn i faktorer som personlige egenskaper og selvoppfatning, alvorlig fysisk sykdom, spesielt sykdom som medfører sykehusinnleggelse og funksjonssvikt. Sosiale, interpersonelle problemer, livshendelser og psykisk lidelse, i hovedsak depresjon, ble også funnet som betydelige risikofaktorer. Det ble funnet en forbindelse mellom fysisk sykdom, psykisk sykdom og livsproblemer.

## Forebygging

Det ble påpekt at helsepersonell burde kjenne til risikofaktorene og forbindelsen mellom dem. Alle studiene konkluderte med at det er behov for flere selvmordsforebyggende tiltak for eldre, både i første – og andre linjen. Det vil være av betydning om helsepersonell i større

grad fokuserer på fenomenet suicidalitet og risikofaktorer for eldre. For å få mest mulig informasjon om de eldres livssituasjon og deres suicidale tanker/ideer bør familien involveres når eldre er i kontakt med helsevesenet. Helsepersonell, men også de eldres familier bør gjøres kjent med risikofaktorer som springer ut i fra personlighetstrekk og selvoppfatning. Helsepersonell bør alltid etterspørre relasjonelle - og sosiale forhold da depresjon kan sees i sammenheng med manglende sosiale nettverk. Familieinvolvering og målrettet terapi foreslås som forebygging for eldre deprimerte. Det har vist seg at depresjonsscreening og oppfølging utover terapifeltet i form av brev og telefonkontakt gir en reduksjon i antall selvmord blant eldre med manglende sosiale nettverk.

## Konklusjon

Studiens resultat viser at somatiske sykehus kan være svært relevante arenaer for selvmordsforebygging for eldre:

1. Eldre med selvmordsrisiko er å finne i somatiske sykehus
2. Praktiske forhold og tilgjengelig kompetanse gjør sykehus til egnede arenaer for selvmordsforebygging, som i denne sammenheng er todelt:
  - Oppdage/diagnostisere de eldre som kan være selvmordsutsatt (risikopasienter)
  - Planlegge forebyggende tiltak ut fra den eldres behov og ut i fra eksisterende kommunale tilbud
3. Somatiske sykehus har kunnskap om ulike kommunale instanser og systemer for tilkobling av utskrivningsklare pasienter

Sykehusansatt helsepersonell kan spille en viktig rolle i forhold til å identifisere eldre med selvmordsrisiko, blant annet fordi fysisk sykdom som medfører innleggelse i sykehus er funnet som en av flere betydningsfulle risikofaktor. Som et resultat av funnene i studien vil det skisseres en selvmordsforebyggende samarbeidsmodell mellom somatisk sykehus og kommune.

**Nøkkelord:** Selvmord, selvmordsforsøk, eldre, risikofaktorer og forebygging.

# Abstract

**Purpose:** The purpose of the study is to outline a model for preventing suicide among elderly people in somatic hospitals if these hospitals are found to be a suitable arena such work.

*Can somatic hospitals represent relevant venues for suicide prevention among elderly people?*

## Method

Systematic research-based literature was studied and a quality assessment was done to answer the question of whether somatic hospitals can represent suitable venues for suicide prevention among elderly people. The literature review focused on the causes of the risk of suicide, preventive measures implemented and proposed preventive strategies. In addition to a manual search, a systematic search was made in databases such as Medline, PsykInfo and PubMed. Checklists from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (2006) was chosen as a method for assessing the quality of the studies. The objective of the literature review was to use the results as background material for designing a prevention model for elderly people in somatic hospitals.

## Results

The articles (n=9) that were assessed consisted of psychological autopsy studies, where one of them is of qualitative type and eight are case-controlled studies, included one register study.

**Risk- factors:** The results showed that the risk of suicide among the elderly arises due to factors such as personality traits and self-esteem, serious physical illness, particularly when it leads to hospitalization and malfunction. Social and interpersonal difficulties, life-events, mental health problems, particularly depression were also found as major risk factors. A connection was found between physical illness, mental illness and life problems.

## Prevention

It was indicated that health personnel should know about the risk – factors and their correlation. All the studies concluded that more preventive measures are needed in both

primary and secondary health care in order to reduce the suicide rate among elderly people. It would also be an advantage if health personnel paid more attention to suicidality and risk-factors among the elderly. To acquire information about the life situation of elderly persons and about their suicidal thoughts/notions, the family should be involved when elderly people are in contact with the health service. Health personnel and the family of the elderly person should always be particularly aware of risk – factors which arise from personality traits and self- esteem. Health personnel should always examine relational and social factors since depression may be correlated with an inadequate social network. When elderly have depression symptoms family involvement and goal-oriented therapy are suggested as prevention. It has been shown that depression screening, therapy and follow-up strategies beyond the treatment area (letters, contact by telephone) have reduced the number of suicides among elderly people who have inadequate social networks.

## **Conclusion**

The results of this study show that somatic hospitals can represent very relevant venues for suicide prevention among elderly:

1. Elderly people with risk of suicide are to be found in somatic hospitals.
2. Practical conditions and available expertise makes somatic hospitals appropriate for suicide prevention, which here will have to steps:
  - To discover /diagnose elderly patients at risk of suicide
  - Provide follow up/support from community facilities after discharge
3. Somatic hospitals have knowledge about municipal follow- up care and systems for connection for the processed patients

Health personnel employed in hospitals can play a major role in identifying the elderly people who are at risk of suicide since it has been found that physical illness that leads to hospitalization is one of several significant risk factors. As a result from this task, a suicide-prevention model will be drawn as a cooperation model from somatic hospital to municipal care.

**Keywords:** Suicide, suicide attempts, elderly people, risk factors, prevention.



# Forord

Forfatter av oppgaven er utdannet sosionom, ansatt ved sosionomtjenesten på Bærum sykehus som er en av åtte klinikker i Vestre Viken. Interessen for dette masterstudiet har sin bakgrunn i flere års erfaring fra selvmordsforebyggende arbeid innenfor rammen av Bærumsmodellen som er en norsk anerkjent modell for selvmordsforebygging. Modellen er en samarbeidsmodell mellom Bærum sykehus, Asker og Bærum kommuner.

Masterstudiet i psykososialt arbeid, selvmord, rus, vold - og traumer ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo har vært til stor inspirasjon for videre arbeid på selvmordsområdet, dette med bakgrunn i en imponerende kvalitet på fagpersonellet som har stått for undervisningen. Undervisningen har pekt på at det er behov for mer forskning på fenomenet selvmord hos eldre. Denne informasjonen sammen med det faktum at mange eldre i mer eller mindre grad oppholder seg i somatiske sykehus førte til at målgruppen ble valgt for litteraturstudien.

Begrepene selvmord og selvmordsforsøk defineres ikke da det forventes at leser er kjent på selvmordsfeltet. Betegnelsene selvmord og suicid brukes om hverandre i studien, likeledes begrepene somatisk og fysisk sykdom.

Jeg vil takke min veileder Ildri Kjølseth, MD, PhD, RVTS, Oslo University Hospital for støtte og målrettet veiledning. Samtidig vil jeg få takke mine dyktige kollegaer, Kirsten Bommen Rise, Denise Heglund, fagkoordinator Linda Nessøe og min tidligere sjef Aslaug Fagernes for hjelp og støtte. De har alle vært med på å tilrettelegge forholdene for gjennomføring av oppgaven.

Bærum, Høsten 2012

Liv Jorunn Hage Nicolaysen



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	V
Studiens formål: .....	V
Metode.....	V
Resultat.....	V
Forebygging .....	V
Konklusjon .....	VI
Abstract .....	VII
Purpose: .....	VII
Method .....	VII
Results .....	VII
Prevention.....	VII
Conclusion.....	VIII
Forord .....	IX
1    Innledning.....	1
1.1    Bakgrunn og problemstilling .....	1
1.2    Selvmordsdata .....	2
1.3    Nasjonale strategier for selvmordsforebygging.....	3
1.3.1    Handlingsplan mot selvmord .....	3
1.3.2    Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern .....	3
1.4    Eldre og selvmord.....	4
1.4.1    Forekomst.....	4
1.4.2    Holdninger til eldres selvmord.....	5
1.4.3    Selvmordsforsøk.....	5
1.5    Risikofaktorer for selvmord.....	6
1.5.1    Prediktiv verdi .....	6
1.5.2    Forskjellige risikofaktorer for ulike aldersgrupper .....	6
1.6    Forebygging.....	7
1.6.1    Forebygging på ulike nivåer.....	7
1.6.2    Folkehelsemodellen.....	7
1.6.3    Skadeforebyggende modell .....	8
1.6.4    Mestringsmodeller.....	9

1.7	Forebygging i somatisk sykehus.....	9
1.7.1	Bærum sykehus .....	9
1.7.2	Kartlegging/ vurdering av selvmordsrisiko.....	10
1.8	Samarbeid mellom sykehus og kommuner.....	11
1.8.1	Samhandlingsreformen.....	11
1.8.2	Asker & Bærum - kommunale seniorsentre .....	13
1.9	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	14
1.10	Oppgavens struktur .....	16
2	Teoretisk referanseramme .....	17
2.1	Selvmordsforståelse.....	17
2.1.1	Sosiologisk forståelsesmåte.....	18
2.1.2	Psykologiske teorier .....	19
2.1.3	Biologiske faktorer.....	19
2.1.4	Negative livsendringer .....	20
2.2	Kriseteori .....	20
2.2.1	Definisjon: Kriser.....	20
2.2.2	Selvmordsprosessen hos eldre.....	22
2.3	Sosialt arbeids fagområde.....	22
2.3.1	Psykososialt arbeid .....	22
2.3.2	Relasjonskompetanse .....	23
2.4	Helhetsperspektivet i sosialt arbeid .....	23
3	Klinisk praksis.....	25
3.1	Sosionomenes virksomhet .....	25
3.1.1	Hovedmål for sosionomene.....	25
3.1.2	Sosionomens praktiske oppgaver ved Bærum sykehus.....	26
3.1.3	Prioriterte pasientgrupper: .....	26
3.2	Den profesjonelle samtalen .....	27
3.2.1	Samtalen som verktøy .....	27
3.2.2	Ferdigheter .....	27
3.2.3	Samtalens struktur og faser .....	27
3.3	Bærumsmodellen .....	29
3.3.1	Historikk.....	29
3.3.2	Sykehusteamet.....	30

3.4	Generell indremedisinsk avdeling (MGEN) (Prosjektavdeling) .....	31
3.4.1	Beskrivelse av avdeling.....	31
3.4.2	Statistikk over innlagte pasienter ved Generell indremedisinsk avdeling.....	32
3.4.3	Følger av samhandlingsreformen .....	33
3.4.4	Kartlegging av eldre i sykehus .....	33
4	Metode.....	35
4.1	Litteraturstudie.....	35
4.1.1	Inklusjon / eksklusjonskriterier .....	35
4.1.2	Litteratursøk .....	36
4.1.3	Litteraturvurdering .....	36
4.2	Forskningsmetoder .....	37
4.2.1	Hva er psykologiske autopsi studier?.....	37
4.2.2	Case – control undersøkelser.....	37
4.2.3	Registerstudier.....	38
4.3	Etiske overveielser.....	38
4.4	Sjekklistenes innhold.....	39
4.4.1	Sjekkliste for kaskontrollstudie (Case control).....	39
4.4.2	Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning .....	40
5	Resultat.....	41
5.1	Presentasjon av utvalgte studier .....	41
5.2	Oversikt og samlet resultat av vurderte studier .....	42
5.3	Vurdering av hver enkelt studie.....	45
5.4	Studiens samlede resultat: Risikofaktorer og forebygging.....	54
5.4.1	Risikofaktorer.....	54
5.4.2	Forebygging .....	55
6	Diskusjon.....	57
6.1	Hovedpoeng.....	57
6.1.1	Bekreftelse av studiens hypotese.....	57
6.1.2	Behov for forebygging .....	58
6.1.3	Tidsperspektiv .....	58
6.2	Tilnærming .....	59
6.2.1	Personlige egenskaper som risiko .....	59
6.2.2	Utfordrende caser .....	60

6.2.3	Fysisk sykdom som risikofaktor .....	61
6.2.4	Nytt funn - tema for fremtidig forskning? .....	62
6.2.5	Sosiale - og relasjonelle forhold som risikofaktorer .....	62
6.2.6	Depresjon som risikofaktor .....	63
6.3	Psykiatrisk tilnærming til selvmordsatferd .....	64
6.4	Helhetsperspektiv som analyseredskap .....	64
6.5	Kliniske implikasjoner .....	66
6.5.1	Viktige signaler for forebygging .....	66
6.5.2	Somatisk sykehus som arena for forebygging .....	67
6.5.3	Hjemmebaserte tjenester som arena for forebygging .....	68
6.6	Effekt av forebygging .....	69
6.7	Styrke og svakheter ved studiet .....	69
7	Konklusjon .....	71
7.1	Behandlingskjede .....	71
7.2	Modell for selvmordsforebygging blant eldre .....	72
7.2.1	Modellens form .....	72
7.2.2	Oppsporing - kartlegging og vurdering - henvisning .....	72
7.2.3	Administrativt ansvar .....	73
7.2.4	Asker og Bærum kommune, Seniorsenterene .....	73
7.2.5	Samarbeidsrutiner .....	73
7.2.6	Finansiering .....	73
7.2.7	Avslutning .....	73
	Litteraturliste .....	74







# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og problemstilling

*Vil somatiske sykehus kunne være egnede arenaer for selvmordsforebygging blant eldre?*

Forutsetningen for å gjennomføre denne litteraturstudien om eldre og selvmord har bakgrunn i hypotesen om at eldre med selvmordsrisiko:

- *Er å finne i somatiske sykehus*
- *Forholdene ligger til rette for intervensjon under sykehusopphold*
- *Sykehus har systemer for tilkobling til kommunal oppfølging*

Litteraturstudien har som mål å skissere en selvmordsforebyggende behandlingskjede (modell) som fanger opp eldre selvmordsutsatte under opphold i somatisk sykehus.

Samhandlingskjeden/forebyggingsmodellen som skisseres i denne studien kan betegnes som et sekundærforebyggende tiltak rettet mot eldre.

*En behandlingskjede kan forklares som systematiske tiltak for å sikre pasienten aktiv oppfølging gjennom et tett samarbeid mellom sykehus og primærkommune (Fadum 2006).*

Med bakgrunn i de somatiske sykehusenes ressurser og at eldre i mer eller mindre grad befinner seg på dette avgrensede området, gjør at sykehusene kan tenkes å være spesielt egnede arenaer for selvmordsforebygging. Det kan virke som en praktisk løsning å drive forebyggende virksomhet ut i fra et avgrenset område hvor aktuelle aktører for en gitt problemstilling oppholder seg, hvor arenaen også inneholder kvalifisert personell.

Litteraturstudiens metode vil være en systematisk gjennomgang av tidligere forskningsresultater om eldre og selvmord for å finne ut hva som fører til selvmordsrisiko, hva som er gjort - og hva som foreslås av forebyggende tiltak for eldre. Dersom somatiske sykehus blir funnet å være hensiktsmessige arenaer for formålet vil oppsporing og intervensjon kunne foregå i sykehus som en del av den pågående medisinske utredningen. Ved avdekking av selvmordsrisiko vil pasienter kunne henvises til oppfølging i hjemkommune.

## 1.2 Selvmordsdata

Selv mord er et relativt sjeldent fenomen som likevel utgjør et omfattende folkehelseproblem (Conwell, et al., 2002). Selvmord er kanskje den mest ensomme av alle handlinger som samtidig får stor innvirkning på andres menneskers liv (Mehlum 1999).

Måten selvmord forklares på avhenger av det menneskesyn og samfunnssyn som råder, og hvordan forholdet mellom individ og samfunn betraktes. Synet på selvmordsproblematikken varierer hos de ulike fagretninger og på ulike teoretiske områder (Hammerlin 1999). For å forsøke forstå årsakene til selvmord må det tas hensyn til sosiale, biologiske, psykologiske, historiske og kulturelle aspekter da selvmord er et fenomen av sammensatt natur (Mehlum 1999). Selvmordsdata vil være forbundet med mye usikkerhet, noe som kan skyldes ulike holdninger, forskjellig begrepsapparat, ulik faglig bakgrunn på ansvarlig helsepersonell. Ulik framgangsmåte, forskjell i retningslinjer ved innsamling av data og politiets behandling av saker kan variere i ulike områder (Mehlum 1999). Som en følge av disse faktorene beregnes tall for selvmordshyppighet å være et halvt til flere prosentpoeng for lave (Clark, 1996).

I likhet med flere andre land har Norge utarbeidet nasjonale strategier for selvmordsforebygging. Som det andre land i verden fikk Norge i 1994 en *handlingsplan mot selvmord* (Statens helsetilsyn 2001) hvor målet var å redusere selvmordsatferden i befolkningen. Handlingsplanen hadde sitt utgangspunkt i helsetjenesten og tok først og fremst sikte på å utvikle sekundærforebyggende strategier, rettet mot enkeltindivider innen ulike grupper selvmordsutsatte. Et av innsatsområdene har gått ut på å etablere formelle og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer i helse- og sosialtjenesten for behandling av personer som har gjort selvmordsforsøk. Noe av bakgrunnen for satsningen er positive erfaringer fra slikt samarbeid både i Akershus (jfr. Bærumsmodellen) og i Sør-Trøndelag. For at tverretatlige samarbeidsmodeller skal lykkes kreves formelle og praktiske rutiner for registrering, vurdering og oppfølging (Statens helsetilsyn 2001).

## 1.3 Nasjonale strategier for selvmordsforebygging

### 1.3.1 Handlingsplan mot selvmord

I likhet med flere andre land har Norge utarbeidet nasjonale strategier for selvmordsforebygging. Som det andre land i verden fikk Norge *en handlingsplan mot selvmord* i 1994, (Statens helsetilsyn 2001) hvor målet var å redusere selvmordsatferden i befolkningen. Handlingsplanen hadde sitt utgangspunkt i helsetjenesten og tok først og fremst sikte på å utvikle sekundærforebyggende strategier, rettet mot enkeltindivider innen ulike grupper selvmordsutsatte. Et av innsatsområdene har gått ut på å etablere formelle og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer i helse- og sosialtjenesten for behandling av personer som har gjort selvmordsforsøk. Noe av bakgrunnen for satsningen er positive erfaringer fra slikt samarbeid både i Akershus (jfr. Bærumsmodellen) og i Sør-Trøndelag. For at tverretatlige samarbeidsmodeller skal lykkes kreves formelle og praktiske rutiner for registrering, vurdering og oppfølging (Statens helsetilsyn 2001).

### 1.3.2 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern

I 2008 utkom Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2008).

*Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling (Helsedirektoratet 2008;8).*

Retningslinjene henvender seg først og fremst til utøvere innen det psykiske helsevernet med fokus på forebygging av selvmord.

*Målgruppen for retningslinjene er psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene kan også være nyttige for andre som kommer i kontakt med pasienter med selvmordsrisiko (Helsedirektoratet 2008; 11).*

Det skilles på kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko selv om skillet ikke er presist definert og åpner for ulike tolkninger og tilpasninger. I følge (Walby og Ness 2012) kan det være et blindspor å fokusere for mye på dette skillet da prediksjon av selvmord selv i høyrisikopopulasjoner er umulig. De gir uttrykk for at det bør fokuseres mer på behandling av

pasienters grunnlidelser eller aktuelle problemer. En systematisk kartlegging av selvmordsrisiko hos alle pasienter innlemmet i psykisk helsevern vil kunne medføre et kvalitetsløft innen selvmordsforebygging på området (Helsedirektoratet 2008). Da selvmordshyppigheten hos eldre er funnet å være forholdsvis høy, kan det stilles spørsmål ved at denne gruppen ikke spesifikt nevnes i retningslinjene.

## **1.4 Eldre og selvmord**

### **1.4.1 Forekomst**

I et globalt perspektiv regnes selvmord for å være et omfattende folkehelseproblem og det er de eldre som har de høyeste selvmordsratene i svært mange land (Conwell, Duberstein & Caine 2002). Eldre deles ofte inn i to grupper, de yngre eldre fra 65 til 74 (eller 80 år) år, de eldste eldre fra 74 (eller 80 år) og oppover. I de fleste industrialiserte land er det de eldre over 75 år som ligger øverst på selvmordsstatistikken (Wærn, Rubenowitz & Wilhelmson 2003). Det kan forekomme underregistrering av selvmord hos eldre som en følge av at dødsårsak ikke undersøkes nærmere (Kjølseth, Ekeberg & Teige 2002).

Selvordshyppigheten blant eldre vil i mange land kunne øke som følge av en befolkningsvekst hvor andelen eldre øker hurtigst. I USA er det estimert en økning i selvmord fra gjennomsnittlig 15,4 per dag i 1981-1988, til 35,8 per dag i 2030 dersom andelen eldre øker med ca 20 % (McIntosh et al., 1994 i Mehlum 1999). Estimaten tilsier at eldre vil kunne komme til å påvirke det generelle selvmordsbildet i enda større grad enn det som per i dag er tilfelle. I Norge er det anslått at antall eldre fra 67 år og oppover vil øke til 19 % av den totale befolkning i 2030, med en påfølgende økning til 22 % i 2050 (Statistisk Sentralbyrå Befolkning 2010).

Selvordshyppigheten blant eldre økte i siste halvdel av 1900-tallet og hyppigheten varierer i ulike aldersgrupper fra år til år. Det er usikkert hva som er årsaken til forskjellene. Innen alle aldersgrupper ligger menn over kvinner på selvmordsstatistikken. Fra 1990-1998 gikk selvmordshyppigheten ned for menn generelt, mens menn over 70 år ble liggende øverst på statistikken (Statistisk sentralbyrå 2010). I løpet av 2009 ble det registrert 573 selvmord i Norge, 139 av suicidene var i aldersgruppen fra 60 år og oppover (Statistisk sentralbyrå Dødsårsaker 2010). Selvmord hos eldre har i liten grad vært belyst i Norge som generelt har

lavere selvmordsrater enn andre vestlige land (Kjølseth, Ekeberg & Teige, 2002). I 2009 utkom imidlertid Ildri Kjølsets doktoravhandling om eldres selvmord, *Control in life – and in death: An understanding of suicide among the elderly*. Avhandlingen har bidratt til å belyse faktorer som kan føre til selvmord hos eldre. Evidens – baserte studier på eldre området, spesielt i forhold til forebygging er i følge Lapierre, Erlangsen & Wærn (2011) en mangelvare. Undersøkelser som tidligere har vært gjennomført for effektevaluering av forebyggingsprogrammer har i størst grad omhandlet selvmord i yngre grupper.

### **1.4.2 Holdninger til eldres selvmord**

Det er i følge Oudshoorn og Fleischer (2002) ikke uvanlig med mer ambivalente holdninger til eldres selvmord. Det handler oftest om et verdispørsmål, hvilken innstilling som råder til et liv som gammel. De Leo, et al. i (Wasserman & Wasserman 2009) gir uttrykk for at det kan eksistere oppfatninger om at selvmord på den ene side kan sees som en akseptabel løsning i forhold til å slippe smerte og lidelse, på den annen side at man naturlig nærmer seg utgangen på livet, så hvorfor forhaste seg med å avslutte? Forsker og kollegaer har gjennom flere års arbeid med eldre selvmordsforsøkere opplevd holdninger som går på større aksept for denne aldersgruppens dødsønsker og selvmordsforsøk. Ved selvmordsforsøk hos eldre ser det ut til å være vanskeligere å argumentere for fordeler ved å fortsette livet. Slike holdninger har vist seg innad i egne rekker og blant annet helsepersonell ved sykehuset. I følge Lapierre, Erlangsen, Wærn et al., (2011) er selvmord hos eldre et neglisjert tema. Blant klinikere har det vist seg å være mangel på basiskunnskap om selvmord hos eldre (Heisel og Duberstein 2005).

### **1.4.3 Selvmordsforsøk**

Det er utført få studier om selvmordsforsøk blant eldre (Kjølseth et al., 2009). Selvmordsforsøk er mer vanlig hos yngre men forekommer også hos eldre hvor det er vist at det fører til økt risiko for senere selvmord (De Leo, Draper & Krysinska i Wasserman og Wasserman 2009). Forholdet mellom antall selvmordsforsøk per gjennomførte selvmord blant eldre er estimert til 4:1, for de yngre 200:1 (De Leo et al., 2001). Tidligere selvmordsforsøk hos personer som har suicidert forekommer hyppigere hos kvinner (Kjølseth et al., 2002). I Norge bruker kvinner i størst grad metoder som forgiftning hvor sjansen for å overleve er høyere sammenlignet med menns mer dødelige metoder. Selvmordsraten mellom menn og

kvinner er estimert til 3:2 (Canetto 1992). Kjønnforskjell er også vist i Norge, hvor menn i større grad enn kvinner suiciderer.

I følge Kjølseth et al., (2009) er det ikke uvanlig at eldre likevel dør som følge av selvmordsforsøk noe som kan ha sammenheng med at de er mer sårbare rent fysisk og dør av komplikasjoner. Eldre kan leve mer isolert enn yngre, i større grad være aleneboende, noe som kan føre til at selvmordsforsøk ikke oppdages i tide og ender med et gjennomført selvmord. Årsaken til gjennomførte selvmord hos eldre kan også ligge i en sterkere intensjon (Kjølseth et al., 2009).

## **1.5 Risikofaktorer for selvmord**

### **1.5.1 Prediktiv verdi**

I følge Kraemer et al., (1997) kan en risikofaktor defineres som en målbar karakteristikk hos individer i en spesifikk gruppe hvor sannsynligheten er til stede for et bestemt utfall. For å studere risiko må personer med - og uten sannsynlighet for utfall identifiseres. Beskyttende faktorer minsker sannsynligheten for et uønsket utfall og øker sannsynligheten for et ønsket utfall (bedring eller forebygging). Selv om en risikofaktor øker sannsynligheten for et utfall er den ikke bestemmende for utfall. Individer i en høyrisikogruppe behøver ikke å få utfall, mens individer i en lavrisikogruppe kan få utfall. Risikofaktorer kan være av lav prediktiv verdi.

### **1.5.2 Forskjellige risikofaktorer for ulike aldersgrupper**

Psykologiske, sosiale, biologiske, historiske og kulturelle faktorer vil kunne påvirke hverandre og utgjøre en kompleksitet i forhold til selvmordsrisiko. Risikofaktorer kan være av ulik karakter for ulike aldersgrupper. Det ser ut til at selvmordsrisiko hos eldre har årsak i andre forhold enn hos yngre. Betydningen av livsproblemer i forhold til selvmord ser ut til å være mer aktuelt hos eldre. Selvmord hos yngre henger i større grad sammen med individets egen atferd og ikke med livssituasjonen (Heikkinen og Lönnquist, 1995). I følge Conwell, Duberstein & Caine (2002) kan risikofaktorer for suicidale ideer og forsøk hos eldre være forskjellige fra faktorer som fører til selvmord.

## **1.6 Forebygging**

### **1.6.1 Forebygging på ulike nivåer**

I følge Winsløv, Erlangsen & Fleischer (2005) har selvmord bakgrunn i en kompleks problemstilling fordi selvmordshandlinger har røtter i forskjellige forhold og årsaksfaktorer. Artikkelen gir uttrykk for at forebyggende innsats bør ytes på ulike nivåer, som på det samfunnsmessige - og institusjonelle nivå ved å oppgradere helsepersonell. Identifisering av eldre som mistrives eller er selvmordstruede er også et forslag. Det foreslås forebygging på flere nivåer, primærforebygging ved informasjon og lignende som er ment å redusere forekomsten av nye tilfeller i befolkningen som helhet, men også forebygging iverksatt i forhold til utsatte personer (Mrazek & Haggerty, 1994; Lapierre, Erlangsen & Wærn, 2011). Utsatte personer vil kunne være eldre sykehusinnlagte pasienter med alvorlige somatiske diagnoser (Erlangsen, Vach & Jeune 2005). Gjentatte studier har vist at mange av de suiciderte var innom primærhelsetjenesten i dagene eller ukene før selvmordet (Conwell, et al., 2009). En autopsi studie fra Nord Italia (Pompili, Innamorati & Masotti et al., 2008) viser at mer enn 40 % av eldre som har suicidert var i kontakt med primærhelsetjenesten de siste månedene før selvmordet. Det ser ut til at eldre sjelden kommuniserer sine selvmordstanker dersom temaet ikke bringes på banen. Det kan være avgjørende i forhold til liv og død at helsepersonell har kunnskap om selvmordsproblematikk hos eldre og kan fange opp signaler som indikerer selvmord.

Det finnes ingen enkeltstående teori som fullt ut kan forklare selvmord og derfor heller ingen enkelt forebyggingsmodell som kan være fullt ut dekkende (Mehlum 1999). Med bakgrunn i de ulike fagretningenes syn på selvmordsproblematikken vil det med stor sannsynlighet også være ulike oppfatninger om hvor og hvordan forebygging bør utføres. Modeller kan være til nytte for å se hvilke punkter som egner seg for forebyggende tiltak og et verktøy for å prioritere mellom ulike alternativer. Det finnes en rekke forebyggende modeller på ulike nivåer som primære, sekundære og tertiærforebyggende modeller.

### **1.6.2 Folkehelsemodellen**

Folkehelsemodellen er den mest kjente forebyggingsmodellen. Modellen har utviklet seg fra et medisinsk perspektiv i nær tilknytning til den epidemiologiske vitenskapen (Mehlum 1999).

Vanlige begreper som brukes er *insidens* (antall nye sykdomstilfeller i befolkningen i løpet av en bestemt tidsperiode dividert med antall individer i befolkningen) og *prevalens* (det totale antall syke i befolkningen på et bestemt tidspunkt dividert med antall individer i befolkningen). Folkehelseperspektivet består av tre forebyggingsnivåer:

1. *Primærforebygging: redusere prevalensen av en sykdom eller tilstand ved å redusere insidensen*
2. *Sekundærforebygging: Reduserer prevalensen av en sykdom ved å redusere varigheten av sykdommen eller tilstanden hos individer som har vist tegn eller symptomer på sykdommen*
3. *Tertiærforebygging: Reduserer prevalensen av en sykdom ved å sette inn tiltak for tilbakefall*

### 1.6.3 Skadeforebyggende modell

De tre forebyggingstrinnene, primær, sekundær og tertiærforebygging kan til sammen utgjøre en skadereduserende modell som ved å utføre detaljerte analyser av årsakene til skader kan gjøre det mulig å gripe inn i årsakskjeden (Mehlum 1999). En slik skadeforebyggende modell vil kunne gjøre det enklere å identifisere enkeltstående risikofaktorer og angripe dem med begrensede midler. Slike forebyggende tiltak kan implementeres ved administrative, juridiske eller økonomiske virkemidler. Eksempler på enkeltstående selvmordsforebyggende tiltak av denne typen er reduksjon i tilgang til farlige medikamenter, våpen og høye bygninger/steder. Begrepene primær, sekundær og tertiærforebygging defineres ved forskjellige forebyggingsmodeller noe ulikt. Sekundærforebygging kan gjennom den skadeforebyggende modellen forstås som tidlig intervensjon i forhold til en utsatt gruppe, eller som behandling av et begynnende problem ved å minske faktorene som ligger til grunn for skade. Sekundærforebyggingen satser på tidlig gjenkjenning av risiko og tidlig intervensjon og behandling for utsatte grupper. Denne forståelsen av sekundærforebygging vil danne grunnlaget for en forebyggende modell i sykehus.



## 1.6.4 Mestringsmodeller

Mestringsmodeller har som mål og øke den enkeltes mestringsressurser, problemløsningsevner og evne til å tåle de belastninger som livet fører med seg (Mehlum1999). Dette gjøres ved å styrke evnen til å takle vanskelige følelser, skuffelser og krenkelser. Evnen til å håndtere konflikter, ta avgjørelser, sette grenser, styrking av dømmekraft og motstandskraft mot destruktiv innflytelse kan være en del av intervensjonene. Mestringsmodeller har utenfor sykehusområdet i størst grad vært benyttet blant barn og unge. LØFT (Løsningsfokusert tilnærming) er en mestringsmetode som har sitt utspring i Brief Family Therapy i Milwaukee i Winsconsin. Rammen for LØFT er kortidsbehandling. Metoden karakteriseres i form av tre enkle læresetninger: Hvis ting fungerer – ikke forsøk å rette på det, hvis noe virker – gjør mer av det, hvis noe ikke virker – gjør noe annerledes. Spørsmålene som stilles må alltid stå i relasjon til målet. Modellen har vært kritisert for ikke å ta problemene på alvor (går ikke i dybden) og å være mest tilpasset hjelperen. Modellen ser ikke ut til å være kjent i selvmordssammenheng men har vist seg å være et hensiktsmessig redskap til bruk i somatikken hvor innleggelser ofte preges av kort varighet. Modellen holder fokus på pasienters mestringsressurser og fravær av det aktuelle problemet. Ved intervensjon hos pasienter med rusrelaterte problemer oppleves modellen å være nyttig. Fokus på unntakene til rusatferden og utforskning av forhold rundt unntakene ser ut til å gi den enkelte pasient en opplevelse av mestring og håp for fremtiden. Uansett alder, kjønn og problemområde vil styrking av individets mestringspotensiale være forbundet med positivitet. Modellen ser ikke ut til å være spesielt kjent i selvmordssammenheng. Modellen, eller deler av den kan se ut til å være brukbar i selvmordsforebyggende sammenheng.

## 1.7 Forebygging i somatisk sykehus

### 1.7.1 Bærum sykehus

*Hvorfor kan somatiske sykehus tenkes å egne seg som selvmordsforebyggende arenaer for eldre?*

Dersom denne litteraturstudien kan begrunne fordeler av å utføre sekundærforebygging blant eldre i somatiske sykehus vil en samhandlingsmodell formes. I følge Winsløw, Erlangsen & Fleischer (2005) vil det være gunstig å identifisere eldre som mistrives for å forsøke å

forebygge selvmord. Identifisering av eldre selvmordsutsatte i sykehus vil forhåpentligvis kunne virke i preventiv retning.

Bærum sykehus kan være spesielt egnet for selvmordsforebygging blant eldre med bakgrunn i den eksisterende kompetansen på selvmordsområdet jfr. Bærumsmodellens virke. Sykehuset har gjennom Bærumsmodellens virke fra 1984 og fram til i dag tilegnet seg mye erfaring på selvmordsområdet. Det ble i 1984 innført rutiner for oppsporing og oppsøking av personer innlagt etter selvmordsforsøk. Deler av sosionomtjenestens kliniske praksis ved Bærum sykehus foregår innenfor konteksten av modellen som er en tertiærforebyggende modell med tilbud om oppfølging av sykehusinnlagte selvmordsforsøkere. Modellen er betegnelsen på en samarbeidsmodell mellom Bærum sykehus og tilhørende kommuner for oppfølging av selvmordsforsøkere innlagt ved Bærum sykehus. Med bakgrunn i lang erfaring og tilrettelagte forhold ved sykehuset vil det være uproblematisk å sette i system en behandlingskjede for selvmordsforebygging for eldre innlagte pasienter. Kompetansen ved sykehuset bør i større grad kunne utnyttes til fordel for denne gruppen. En oppsøkende virksomhet av alle eldre over 67 år ved Generell indremedisinsk avdeling er ønskelig. Aldersgruppen kan enkelt velges ut ved informasjon som fødselsdato gjennom sykehusets inntakstlister. Sosionomtjenesten gjennomgår rutinemessig inntakstlistene for å sikre at selvmordsforsøkere fanges opp jfr. Bærumsmodellen. Oppsporing av eldre, kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko vil kunne utføres som en del av den pågående medisinske utredningen.

### **1.7.2 Kartlegging/ vurdering av selvmordsrisiko**

For å kunne vurdere hvem som er i risikozonen for selvmord er kartleggings – og vurderingsferdigheter nødvendig.

*”Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk” (Helsedirektoratet 2008 s.16).*

Selvmordsrisikovurdering kan defineres som:

*Selvmordsrisiko forstås som en risiko for at en person vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. Vurdering både av personen og livssituasjonen må foretas. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter, (Helsedirektoratet 2008).*

*Vil det være sannsynlig å finne noen med selvmordsrisiko i et somatisk sykehus?*

Blant eldre pasienter inneliggende i somatiske sykehusavdelinger vil det med stor sannsynlighet kunne befinne seg noen med selvmordsrisiko.

## **1.8 Samarbeid mellom sykehus og kommuner**

### **1.8.1 Samhandlingsreformen**

En sykehus - og kommunestudie viste at årsaker til dårlig samarbeid mellom sykehus og kommune skyldes ikke etablerte kontaktpunkt (Fadum 2006). Studien omhandlet oppfølging av yngre personer. Det samme fenomenet vil utvilsomt kunne gjøre seg gjeldende i forhold til andre aldersgrupper. Svikt i samarbeidsrutiner kan skyldes:

- Svikt i samarbeid mellom sykehus og kommune
- Pasienter takker nei til oppfølging
- Oppfølgingstilbudet er for dårlig koordinert

Når det gjelder problemet med svikt i rutiner vil den nye samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47, Helse- og omsorgsdepartementet 2008-09) kunne medvirke til en bedring i forhold til kontinuerlig pasientoppfølging. I forbindelse med Samhandlingsreformen (St.meld 47) iverksatt 01.01. 2012, vil tidspunktet for et selvmordsforebyggende tiltak i somatisk sykehus kunne være spesielt gunstig. Samhandlingsreformen er en av tidenes største reformer innen helse- og omsorgsektoren hvor kommunene er pålagt mer ansvar og større oppgaver innen helsetjenestetilbudet. Reformens hovedtrekk beskrives:

*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St. melding nr 47, Helse- og omsorgsdepartementet 2008-09).*

Et av reformens hovedmål er å sette i gang forebyggende tiltak i kommunene. Reformen legger premissene for hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene skal

prioriteres og gjennomføres. Reformen beskriver tre hovedutfordringer i forhold til samhandling:

1. Pasienters behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St. meld 47: 21-24)

De tre punktene krever tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene og det er ikke motsetning mellom disse. Tidligere helsepolitiske føringer har i størst grad hatt fokus på behandling av oppstått sykdom. Samhandlingsreformens intensjon er et større fokus på primærforebygging og tidlig intervensjon (St. meld 47). Som følge av hovedutfordringene må det skje endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenester som skal møte framtidige behov.

Hovedutfordring nr. 1 tilsier at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok ved dagens helseorganisering. Reformen fokuserer på bedre rutiner for samhandling mellom sykehus og kommuner. Samhandlingsreformen har til hensikt å øke fokus på forebyggende virksomhet i alle livets faser. Stortingsmeldingen bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Kronisk syke pasienter skal i økende grad ivaretas i kommune og ikke innen spesialisthelsetjenesten i samme omfang som tidligere. Kronikere vil i størst grad befinne seg blant eldre, noe som tilsier at reformen må ta høyde for ivaretagelse av eldre. Som en følge av reformen er liggetiden i sykehus betraktelig redusert.

En systematisk modell som fokuserer på å fange opp eldre i sykehus for videreføring til kommune ser ut til å samsvare med reformens intensjon. Dersom en samhandlingskjede skal fungere må det opprettes skriftlige forpliktende rutiner mellom de ulike instansene. Oppgaver bør legges til funksjoner slik at samarbeid ikke blir personavhengig, dette for å sikre kontinuitet ved utskiftning i stillinger.

Reformen legger opp til å øke ressursene på kommunalt nivå, noe som allerede har fått konsekvenser i form av redusert liggetid i sykehus. En potensiell fare ved nedgangen i antall liggedøgn i somatikken vil være om kommunale tilbud til eldre ikke er av en kvalitetsmessig

tilfredsstillende standard. Kommunale legesentre skal i større omfang behandle pasienter som tidligere ville blitt innlagt i sykehus, sentrene vil vanligvis ikke ha like omfattende medisinske tilbud som somatiske sykehus. Mange kommuner kan allerede være hardt presset i forhold til nye lovpålagte oppgaver som reformen medfører, hvor de er pålagt oppfølging på områder hvor problemer avdekkes.

For å ha mulighet til å nå eldre under opphold i sykehus bør de fanges opp raskt for ikke å miste muligheten til intervensjon. Samhandlingsreformen forstås som om ansvaret for oppfølging av selvmordsutsatte i sykehus også tilhører kommunene. En selvmordsforebyggende behandlingskjede mellom sykehus og kommuner vil med enkle grep og eksisterende ressurser kunne opprettes på sykehuset dersom det viser seg å være behov for et slikt tiltak. Eldre kan oppspores og kartlegges under sykehusoppholdet og henvises til kommunale seniorsentre hvor sosionom kan ta ansvar for nødvendig oppfølging. Et etablert samarbeid mellom sosionomtjenesten på Bærum sykehus og seniorsentrene i Bærum kommune ble opprettet for flere år tilbake. Seniorsentrene fungerer som tilrettelagte tilbud beregnet på eldres behov og kan benyttes som en livslang kontaktbase. Andre aktuelle henvisningsinstanser kan være hjemmesykepleien, fastleger og psykiatriske behandlingsinstitusjoner. For optimal funksjon bør en behandlingskjede mellom sykehus og kommuner forankres i aktuelle instansers ledelse, her sykehusledelsen og ledelsen for seniorsentrene. Eldre pasienter som ikke er i risikozonen for selvmord vil tilbys oppfølging ved vanlig prosedyre.

## **1.8.2 Asker & Bærum - kommunale seniorsentre**

### **1.8.2.1 Asker kommune**

Asker kommune har 6 seniorsentre fordelt på ulike geografiske områder i kommunen. Seniorsentrene driver cafe og er treffsteder for alle kommunens pensjonister over 67 år. Sentrene har som mål å tilby forebyggende og helsefremmende aktiviteter. De skal gi eldre muligheten til å vedlikeholde, styrke og videreutvikle egne krefter og evner, både fysisk og psykisk. Målet med seniorsentrene er å hindre eller begrense at sosiale og helsemessige problemer blant hjemmeboende eldre oppstår eller får utvikle seg. Seniorsentrene tilbyr sosiale og kulturelle aktiviteter for alle innen aldersgruppen. Det holdes foredrag, kurs, hobbyaktiviteter og trening i grupper. Det arrangeres også turer og ulike tilstelninger.

Sentrene kan formidle kontakt med ergoterapeut og hørselshjelp og det kan gis råd om hvor man kan henvende seg med spørsmål i kommunen. Oppsøker-tjenesten til eldre, 80 og 85 år (geriatriisk sykepleier), har fast trefftid på to av kommunens seniorsenter to ganger i måneden, for informasjon, råd og veiledning. Tjeneste - og aktivitetstilbudet varierer fra senter til senter (Asker kommune 2009).

#### **1.8.2.2 Bærum kommune**

Seniorsentrene i Bærum fungerer som møteplasser for kommunens pensjonister, og alle trygdede over 60 år. Kommunen har til sammen 12 sentre som tilbyr ulike forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende tiltak. De forsøker å inspirere til aktivitet og engasjement samt medvirkning til gode sosiale nettverk med formål om å kunne bli boende hjemme lengst mulig. Fysisk aktivitet er et av satsningsområdene for seniorsentrene da eldre kan ha en positiv helsemessig gevinst av å være i fysisk aktivitet, både for forebygging - og behandling av sykdommer og lidelser. Forebyggende team tilbyr sosialrådgivning, oppsøkende virksomhet og Vern for eldre. Alle seniorsentrene har faste tider for sosialrådgivning. Sosialrådgiverne informerer om kommunens ulike tilbud til pensjonister. Sentrene har spesielt ansvar for eldre som trenger hjelp og støtte hvor det tilrettelegges for egne grupper for eldre med spesielle behov. Daggrupper er et eget tilbud for eldre som av ulike årsaker har vanskeligheter med å benytte de ordinære tilbudene. Sentrene tilbyr transport til eldre som på egenhånd ikke er i stand til komme seg til og fra sentrene. Alle seniorsentrene har eget Brukerråd som er et rådgivende samarbeidsorgan mellom seniorsenterets ledelse og brukerne (Bærum kommune 2008).

### **1.9 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Målet med studien har vært å skissere en selvmordsforebyggende modell rettet mot eldre innlagt i somatisk sykehus. En gjennomgang av empiriske studier som omhandler risikofaktorer og forebygging for eldre vil forhåpentligvis kunne gi svar på om det er behov for tiltaket. Klinisk intervensjon i somatisk sykehus krever basiskunnskap som presenteres i kapittel 3. Resultatet av hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende for eldre vil danne grunnlag for utforming av et tilpasset kartleggingsverktøy. Selve intervensjonen presenteres ikke i studien, kun modellens form.

**Målgruppe:** Eldre fra 67 år og oppover, innlagt Bærum sykehus, Generell indremedisinsk avdeling med alle typer medisinske diagnoser. Aldersgruppen er valgt med henblikk på at 60 årene for mange kan være en periode i livet som fører med seg ulike negative endringer, mange opplever overgangen fra arbeidslivet til pensjonstilværelsen som vanskelig.

**Eksklusjonskriterier:** Personer innlagt etter selvmordsforsøk og personer med alvorlige psykiatriske diagnoser.

*Hvordan finne selvmordsutsatte eldre mens de er i somatisk sykehus og hvordan hjelpe dem?*

Med bakgrunn i problemstillingen stilles følgende forskningsspørsmål:

*1. Hva sier forskningsbasert litteratur om risikofaktorer og forebygging for eldre?*

For å gjennomføre en kartlegging av forhold som kan føre til risiko for selvmord hos eldre vil det på forhånd være nødvendig å innhente kunnskap om hva som fører til selvmordsrisiko og hva som sies om forebygging. Forskningsdata vil ut i fra problemstillingen søkes, studeres og vurderes ut i fra kvalitetskriterier beskrevet i metodekapittelet. Hva som vil kunne tenkes å være nyttig i forhold til forebygging vil avhenge av hva som fører til risiko og hva som er beskrevet som nyttige forebyggingstiltak.

- Vil det være hensiktsmessig med oppsøkende virksomhet av eldre?

Ved å studere litteratur om eldre og selvmord vil det avklares om en oppsøkende virksomhet kan ha noe for seg.

- *Hvordan lage system for oppsporing?*

En systematisk oppsporing av eldre vil med enkle grep kunne gjennomføres ved en rutinemessig gjennomgang av sykehusets innkomstlister som daglig oppdateres i forhold til nyinnlagte pasienter. Sosionomtjenesten har siden Bærumsmodellens oppstart hatt rutiner på en daglig gjennomgang av listene for å fange opp selvmordsforsøkere jfr. Bærumsmodellen. Om det vil ha noe for seg å oppspore eldre på samme måte for selvmordsforebygging vil studiens resultat kunne si noe om.

- *Vil det være sannsynlig å finne noen med selvmordsrisiko?*

Da eldre er å finne i somatiske sykehus vil det med stor sannsynlighet kunne finnes selvmordsutsatte blant de eldre pasientene. Oppsporing, kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko hos eldre kan med enkle grep gjennomføres i sykehus med henvisning til relevant oppfølging.

*2. Hvordan kan en forebyggingsmodell skisseres ut i fra kunnskap om selvmordsatferd hos eldre?*

En forebyggingsmodell vil skisseres ut i fra funn om risikofaktorer for eldre og hva som foreslås for forebygging. Studiens resultat, og erfaringen Bærum sykehus har på selvmordsområdet vil danne grunnlag for en modell eller samhandlingskjede. Modellen vil være tredelt: oppsporing og intervensjon på sykehuset, oppfølging/behandling i hjemkommune. Modellens oppbygning beskrives i kapittel 7.

## **1.10 Oppgavens struktur**

Kapittel 2: Teoretisk referanseramme

Kapittel 3: Klinisk praksis

Kapittel 4: Metode

Kapittel 5: Resultat

Kapittel 6: Diskusjon

Kapittel 7: Konklusjon: Behandlingskjede



## 2 Teoretisk referanseramme

### 2.1 Selvmordsforståelse

Referanserammen legger grunnlaget for refleksjon og drøfting av problemstillingen (Malterud 2003).

Tradisjonelt sett forstås selvmord som en individualistisk og privat handling selv om det i et historisk perspektiv har forekommet andre synspunkter som har fremhevet individets kollektive ansvar og ut fra dette perspektivet fordømt selvmordsforsøk og selvmord. I følge Enerstvedt (Hammerlien 1999) kan ikke selvmord forklares som sykdom. Selv om mennesker som gjør selvmord kan være syke er det ikke synonymt med at alle som tar livet sitt er syke. Selvmord regnes som atferd og ikke som sykdom. Selvmordsmotiver kan være forskjellige, ha røtter i ulike årsaker og målet med selvmordet kan være forskjellig. Måten selvmord forklares på avhenger av menneskesyn, samfunnssyn og betraktninger av forholdet mellom individ og samfunn (Hammerlin 1999).

Selvmord kan forstås ut i fra ulike retninger som biologiske, psykologiske og sosiologiske, hvor ulike teorier har bidratt til forståelse av selvmord og hvordan selvmordsatferd kan forebygges og behandles.

*”Noen retninger løsriver individet fra samfunnet og betrakter det i et ytre, utvendig og atskilt forhold – som samfunn og individ” (Hammerlin 1999, s.39).*

Individet blir da forstått som et produkt av livsbetingelsene og som et offer for omstendighetene, ytre styrt av samfunnet eller miljøet (Hammerlin 1999). Atskillelsen av individ og samfunn kommer til uttrykk ved at individets personlighet forklares ut i fra indrestyrte mekanismer hvor psykens strukturer legger føringer for tanker, handlinger og følelser. Dersom individet oppfattes som determinert av indre betingelser som fysiologiske eller psykologiske, er det snakk om fysiologisk eller biologisk determinisme.

*”Individet forstås som om det lever i et sosialt tomrom, bare ved seg selv og i seg selv” (Hammerlin 1999, s. 39).*

Å årsaksforklare individets væremåte og ferdigheter ensidig ut i fra disse betingelsene blir i følge Hammerlin (1999) en overforenklet måte å se på enkeltindividet og selvmordsproblematikken. Samtidig kan selvmordet heller ikke kun sees som et resultat av

samfunnsbetingelser jfr. Durkheim (Hammerlin 1999). Hver for seg kan de ulike retningene sosiologisme, biologisme og psykologisme betegnes som reduksjonistiske perspektiver på et komplekst forhold mellom individ og samfunn. En mer helhetlig forståelse går ut på å forstå individet ut i fra et indre vekselvirkende forhold til samfunnet, som individet i samfunnet og samfunnet i individet, hvor det dannes en integrert helhet. Personlighetsdannelse formes gjennom den enkeltes historie og erfaring. Enkeltindividet fungerer da som et subjektivt objekt for andres handlinger og virksomheter, men blir likevel ikke bare et produkt av andres virksomheter og de gitte livsbetingelser. Individet skaper seg selv og påvirker gitte livsbetingelser gjennom virksomheter som arbeid, kunst, lek og lignende.

*Å forstå individ og samfunn som forhold, betyr at også selvmordet må forstås og forklares som et selvvalgt livsavbrudd i forholdet (Hammerlin 1999).*

### **2.1.1 Sosiologisk forståelsesmåte**

Denne forståelsesmåten har røtter tilbake til den franske sosiologen Emile Durkheim (1858-1917) som i 1897 skrev verket *Le Suicide*. Teorien gikk ut på at selvmord handlet om et misforhold mellom individet og individets sosiale gruppe (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum 2002). Individets handlinger ble sett ut i fra påvirkning fra sosiale fenomener og samfunnsforhold. Durkheim hevdet at individet ikke begår selvmord fordi livets byrder er for tunge eller av mangel på materielle goder men på grunn av manglende integrasjon i samfunnet eller fordi tilstanden i samfunnet er kaotisk. Han så likevel ikke bort fra at enkelte selvmord kunne forklares ved personlige forhold selv om han mente at en slik forklaring hørte til sjeldenheten, og ikke påvirket selvmordshyppigheten i et samfunn. Durkheim så samfunnet som et moralsk fellesskap bestående av verdi - og normsystemer hvor veksten i selvmordshyppighet ble betegnet som en alvorlig samfunnskrise. Durkheim var opptatt av fire typer selvmord: To typer knyttet an til integrasjon av individet i samfunnet (egoistisk og altruistisk), og to typer handler om samfunnsregulering (Mehlum 1999). Det *egoistiske* selvmord går ut på at individet lever avsondret fra samfunnet, og dermed får sin vilje svekket, mens det *altruistiske* selvmord kjennetegnes ved at individet er for sterkt integrert i fellesskapet. Menneskelig samhold skaper integrerte grupperinger hvor samholdet gir livskraft som kan sammenliknes med et stort bål som gir varme til fellesskapets medlemmer. Dersom individet oppholder seg for langt unna varmen vil det fryse i hjel (egoistisk selvmord) ved å plassere seg for nærme vil individet forbrenne (altruistisk selvmord). Det *anomiske* selvmord kjennetegnes ved at individet ikke mestrer å leve i det som oppleves som kaotisk. Anomi kan

sammenlignes med et bål som spres utover og av den årsak ikke kan gi nok varme uansett nærhet til ilden. Det *fatalistiske* selvmord skyldes underkastelse under altfor strenge regler. Individets framtid er fastlagt etter de strenge samfunnsreglene hvor individet kveles av samfunnets disiplin. Ulike negative samfunnsmessige faktorer vil kunne føre til redusert integrasjon av eldre i samfunnet, noe som kan medvirke til risiko for egoistiske og/eller anomiske selvmord som begge reflekterer konsekvensen av å være isolert fra samfunnet. Aldersmessige tap, tap av nærstående personer og sykdom som medfører redusert mobilitet kan medvirke til isolasjon (Kjølseth et al., 2009). Det egoistiske selvmord kan være betegnende for ensomme eldre som lever utenfor fellesskapet. Som en følge av høy alder vil sosiale roller kunne reduseres eller tapes, noe som kan medvirke til egoistiske og/eller altruistiske selvmord. Begrepene sosial integrasjon og anomi er fortsatt tverrfaglig akseptert og brukes som forklaringskraft på forekomsten av selvmord i et samfunn (Mehlum 1999). På makronivå har det hittil vist seg vanskelig å påvise sikre statistiske sammenhenger mellom de ulike forholdene og selvmordsrate, noe som kan ha bakgrunn i en kompleksitet ved mange faktorerers samspill. Modellen om manglende sosial integrasjon er fortsatt aktuell innenfor selvmordsområdet selv om den etter hvert er blitt kritisert for å se bort i fra psykologiske og biologiske faktorer som årsaker til selvmord.

### **2.1.2 Psykologiske teorier**

Psykologiske teorier om selvmord tar utgangspunkt i kognitive bevisste prosesser hvor udekkede psykologiske behov fører frem til selvmordsprosessen. Ulike kognitive modeller forklarer selvmord ut i fra psykologisk smerte og ønske om å slippe denne smerten. Smerte og håpløshet sees som hovedingredienser for selvmordsønsker. Med bakgrunn i en psykologisk forståelse av selvmord har betydningen av depresjon i høy grad vært vektlagt sammen med personlighetsforstyrrelse. Den østerrikske legen Sigmund Freud (1856- 1939) hevdet i sin tid at selvmord ikke kun kan forstås som en bevisst handling men at det underbevisste hos individet kan inneholde destruktive impulser som fører til oppsøkende virksomhet av risikofylte situasjoner (Thorvik 2008).

### **2.1.3 Biologiske faktorer**

I den senere tid har forskning knyttet til hjernens biokjemi fått stor oppmerksomhet i forhold til selvmordsatferd. Strukturelle og funksjonelle negative forandringer i hjernen hos eldre er

funnet som betydningsfulle faktorer i forhold til selvmordsrisiko (Conwell og Duberstein i Hawton 2005). Ulike post - mortem (neurobiologiske) analyser har vist forandringer i hjernen i større grad hos suiciderte, kontra de som døde av naturlige årsaker (Keilp et al., 2001; King et al., 2000; Conwell og Duberstein i Hawton 2005). Det vil si at enkelte individer kan være disponert ut fra spesifikke konstruksjoner i hjernen. Mann et al., i Hawton (1999) har formulert en teoretisk modell som hevder at lav serotoninaktivitet i hjernen kan føre til utsatthet for psykopatologi etter utbrudd av stressende miljømessige hendelser.

#### **2.1.4 Negative livsendringer**

Forandringer i tilværelsen som følge av pensjonering, tap av ektefelle eller invaliderende sykdomsforløp vil med stor sannsynlighet påvirke det aldrende menneske (Winsløv, Erlangsen & Fleischer 2005). Endringene i tilværelsen vil kunne føre til bekymringer om fremtiden og usikkerhet rundt nye krav den eldre stilles overfor. Håndteringen av livsendringer og tap er avhengig av hvordan personen selv opplever dem, sammen med psykologiske, helbredelsesmessige, sosiale og materielle ressurser. Det psykologiske begrepet resiliens betyr evnen til å håndtere stress og katastrofer, god resiliens kan sies å være det samme som motstandsdyktighet, noe som vil ha betydning for hvordan problemer takles av den enkelte utsatte. Aldersforskjellen mellom de yngste eldre fra 60 årene og oppover, og de eldste eldre fra 75 - 80 årene vil ikke være uten betydning i sammenheng med selvmordsrisiko. Risikofaktorer vil ofte kunne opptre ulikt innen de ulike gruppene (Conwell, Duberstein & Caine 2002). Funksjonstap som følge av svekket helse vil kunne føre til tap av autonomi, som videre vil kunne medføre en krisetilstand.

## **2.2 Kriseteori**

### **2.2.1 Definisjon: Kriser**

En psykisk krisetilstand kan forklares som en indre tidsbegrenset tilstand hvor tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen (Cullberg 2008). Krisen fører til en ubalanse hvor individets vanlige mestringsstrategier ikke fungerer.

I følge Jan Arild Holbek som i (2006), intervjuet Johan Cullberg, (professor i psykiatri og psykoanalytiker), om psykiske kriser forklarer Cullberg at kriser kan føre til avgjørende forandringer i menneskers liv. Hvordan kriser løses og bearbeides kommer an på den ytre livssituasjonen. Det avgjørende for hvordan en krise takles er støtten fra omgivelsene. En godt gjennomarbeidet krise kan føre til økt styrke og modning. I følge Cullberg (2008) kan kriser deles inn i to kategorier selv om de ikke er skarpt avgrenset fra hverandre: Traumatiske kriser og utviklingskriser.

**Traumatisk krise:** ”En traumatisk krise kan defineres som individets psykiske situasjon ved en ytre begivenhet av en slik art og grad at han opplever sin fysiske eksistens, sosiale identitet, trygghet og andre livsmål som alvorlig truet” (Johan Cullberg i Holbek 2006). En traumatisk krise kan utløses av tre ulike begivenheter: Tap eller trussel om tap, krenkelse, eventuelt trussel om krenkelse eller ved å gjennomleve en katastrofe. Traumatiske kriser kan utløses av ytre hendelser som ulykker, alvorlig fysisk sykdom og tap av nærstående personer. For eldre kan ulike tap innebære dyptgripende forandringer på flere livsområder.

Enhver innleggelse på sykehus eller annen institusjon som aldershjem fører til mer eller mindre sterk identitetskrenkning og tap av autonomi (Cullberg 2008). Autonomi kan defineres som opplevelse av selvstendighet, uavhengighet og selvstyre (Cullberg 2008). Under intervjuet med Holbek kommer Cullberg med et eksempel som viser at den opplevelsen mennesker kan ha ved sykehusinnleggelse, hvor de må finne seg i å være ”hvem som helst” avhengig av helsepersonellets for godtbeholdende kan føre til avmakt. Mange vil kunne oppleve situasjonen uutholdelig krenkende. Oppholdet kan også oppleves som tap av frihet. På et dypere nivå kan tapet innebære en krenkelse ”Hvorfor blir nettopp jeg rammet?”. Eldre personer, inneliggende i somatisk sykehus vil i mange tilfeller kunne være i krisetilstand som følge av en eller flere alvorlige diagnoser. I følge Winsløv, Erlangsen & Fleischer (2005) vil det aldrende mennesket påvirkes negativt av negative endringer i tilværelsen. Eldre personer vil kontinuerlig måtte forholde seg til trusler om en rekke tap da alderdommen vanligvis fører med seg tap som enten går direkte på en selv, eller rammer nærstående personer. Ved sykdom vil trusselen om forverring være overhengende og sjansen til restitusjon være begrenset.

**Utviklingskrise eller modningskrise:** kan defineres som indre kriser hvor individet gjennomgår forandringer, både psykisk og fysisk. Overgangen fra barn til ungdom, fra middelalder til eldre kan være forbundet med kriser som følge av psykiske og fysiske forandringer. For eldre kan slike kriser oppstå som følge at man blir svekket fysisk eller

alvorlig syk med følger som funksjonstap. Hos eldre vil det ikke være uvanlig at begge typer kriser opptrer samtidig.

### **2.2.2 Selvmordsprosessen hos eldre**

Selv mord er et komplekst og multifaktorielt fenomen som ikke har årsak i en risikofaktor eller en hendelse. De fleste selvmord har sitt utgangspunkt i en prosess bestående av faser. Hos eldre mennesker kan de første skrittene i prosessen springe ut i fra livstretthet, dødsønsker, suicidtanker og suicidforsøk (Wærn 2000). Selvmordsprosessen hos eldre kan i følge (O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor 2004) starte med følelser av håpløshet og desperasjon, eller fortvilelse til tanker om at livet ikke er verdt å leve, til et passivt dødsønske, suicidale ideer, suicidale planer til suicidforsøk og til slutt selvmord.

## **2.3 Sosialt arbeids fagområde**

### **2.3.1 Psykososialt arbeid**

Sosialt arbeid er en vitenskapelig basert kjede av refleksjoner og handlinger som får en personlig utforming i møtet med klienten enten det gjelder gruppearbeid, arbeid med enkeltindivider eller lokalsamfunn (Kokkinn 1998). Arbeidet utøves i et spenningsfelt mellom enkeltpersoner, pårørende, grupper og samfunnet (Utdannings - og forskningsdepartementet 2005). I disse relasjonene kan det være interessen motsetninger og konflikter. Sosialpolitiske mål og prioriteringer påvirker livsvilkårene til ulike grupper i samfunnet og sosionomer skal bidra til at samfunnet gjennom sosiale hjelpeordninger fremmer befolkningens evne og mulighet til å mestre sine livsoppgaver, og til at sosiale problemer forebygges (Utdannings - og forskningsdepartementet 2005, s.14). Sosialt arbeid er i særlig grad rettet mot personer som befinner seg i en utsatt og /eller marginal posisjon (Utdannings - og forskningsdepartementet 2005). Årsaksforklaring til sosiale problemer har endret seg gjennom tidene. Pendelen har svingt mellom individtenkning og systemtenkning. Utfordringen innen sosialt arbeid vil være å balansere de ulike tenkemåtene til det beste for individet som uten unntak vil være en del av et større system. Ulike teorier innen sosialt arbeid vil til sammen kunne danne et helhetsperspektiv som igjen kan inndeles i ulike retninger. Sosionomer ansatt i somatiske sykehus regnes som helsepersonell og omfattes av lovverket for denne type helseinstitusjon: Spesialisthelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven.

Begrepet psykososialt arbeid er fra lang tid tilbake brukt som forklaring på sosionomens arbeid i somatiske sykehus. I forbindelse med selvmordsforebyggende arbeid jfr.

Bærumsmodellen vil det si at sosionomen må ha fokus rettet på å forstå både psykologiske og sosiale faktorerens betydning for selvmordsforsøk. For å gjennomføre en hensiktsmessig intervensjon er det viktig å forstå samspillet mellom faktorene (Statens helsetilsyn 1984-1994). Kriseteorier benyttes flittig som verktøy for å yte hjelp til pasienter og pårørende i forhold til å takle det de har vært utsatt for. En fleksibel bruk av metoder er essensielt for å kunne utføre sosialt arbeid enten det er innenfor helsetjenesten, sosialtjenesten eller på andre arenaer. I sosialt arbeid må det fokuseres på ressurser i omgivelsene og hos den enkelte. Muligheter for endring på ulike plan bør undersøkes, som i eget tjenestetilbud og hos den enkelte bruker og hans omgivelser (Utdannings - og forskningsdepartementet 2005).

### **2.3.2 Relasjonskompetanse**

Relasjonskompetanse er en sentral ferdighet innenfor sosionomens fagfelt. Sosionomer må kunne etablere konstruktive relasjoner og vedlikeholde relasjonene gjennom arbeidsprosessen, også når det oppstår konflikter (Utdannings – og forskningsdepartementet 2005). Sosionomens respekt for brukeren skal gjenspeiles i arbeidet og de må kunne sette seg inn i brukerens situasjon. Selvinnsikt og evne til selvrefleksjon er sentralt (Utdannings – og forskningsdepartementet 2005). Samarbeid med brukerne skal være utgangspunkt for tiltak. Å ha et brukerperspektiv innebærer å ha et sett av verdier som er forpliktende for helse - og sosialarbeidere (Utdannings – og forskningsdepartementet 2005).

De yrkesetiske prinsippene vektlegger brukermedvirkning og – deltagelse og respekt for brukers rett til selvbestemmelse” (Utdannings – og forskningsdepartementet 2005, s.14).

## **2.4 Helhetsperspektivet i sosialt arbeid**

Erlangen et al., (2005) betegner selvmord hos eldre som handlinger med bakgrunn i en kompleks problemstilling og ikke med årsak i en hendelse. Det kan være en fordel å belyse eldres problemer i et helhetlig perspektiv dersom årsakene til eldres selvmord er av sammensatt natur. Sosionomer må kunne analysere sosiale problemer ut i fra ulike forståelsesrammer og intervenere på ulike nivå (Utdannings - og forskningsdepartementet

2005). Ut i fra en medisinsk modell dreier hjelpeprosessen seg om en tre - trinns modell hvor trinnene består av undersøkelse, diagnose og behandling (Shulman 2003).

Tidligere psykososial tenkning var bygget på ideen om psykologiske problemer som årsak til sosiale problemer. Egenskapsforklaringer ble etter hvert nedtonet ved at nye teorier som systemteorier oppsto med bakgrunn fra systemingeniørteknikk (Kokkinn 1998). De tidligere lineære forklaringene (årsak -virkning) ble sett som sirkulære og ikke konstante. Bruddet med den tradisjonelle psykiatrien i 1950-årene flyttet oppmerksomheten fra enkeltindivider til den sosiale sammenhengen, og systemene som enkeltindividet var en del av. I 1960 årene økte oppmerksomheten rundt interaksjon mellom individet og de ulike systemene (Kokkinn 1998). Endring ble sett som et multidimensjonalt forhold hvor endring i en del av et system førte til forandring i andre deler av systemet. Dette førte til en helhetstenkning som i 1960 - årene ble innlemmet som en faglig komponent i sosialt arbeid hvor det skulle brukes som et analyseredskap og som en veiviser i forhold til hensiktsmessigheten av ulike intervensjoner/tiltak (Kokkinn 1998). Et helhetssyn tar utgangspunkt i helheten og måten den er strukturert på. Individets handlinger sees som et produkt av det sosiale systemet de er innlemmet i. Et helhetssyn er brukt som et analyseredskap for sosiale problemer og som et verktøy for planlegging og innføring av lovbestemmelser og generelle tiltak. Begrepet helhet brukes av ulike faggrupper og vil arte seg forskjellig i forhold til de ulike faggruppenes bakgrunn. Blant sykepleiere vil helhetsbegrepet handle om å se pasientens diagnose i sammenheng med kropp og sjel (Kokkinn 1998). Et sosionomfaglig ståsted vil ha fokus på individets problemer forbundet med systemene rundt, som arbeidsforhold, skolesituasjon, ulike sosiale arenaer og familieliv. Det vil si et fokus på ”personen i situasjonen” som er et kjent begrep innenfor sosialt arbeid.

Klinisk sosialt arbeid vil ofte handle om kriseintervensjon på grunn av pasientens endrede livssituasjon som følge av ny sykdom eller forverring av eksisterende diagnoser. For mange pasienter vil en endret livssituasjon på grunn av sykdom resultere i en krise. Det vil ofte være behov for nye hjelpetiltak eller utvidelse av eksisterende tilbud. Pasienthenvisningene til sosionom forekommer ofte som bestilling i form av kartlegging (praktisk), eller med spørsmål om støttesamtaler eller kriseintervenering som følge av en endret eller vanskelig livssituasjon.



# 3 Klinisk praksis

## 3.1 Sosionomenes virksomhet

### 3.1.1 Hovedmål for sosionomene

Sosionomene ved Bærum sykehus er en del av sykehusets helhetlige behandling, og skal bidra til å øke pasientenes og de pårørendes evne og mulighet til å mestre en vanskelig eller endret livssituasjon.

For å gi et bilde av sosionomens kliniske virke ved Bærum sykehus er en beskrivelse av praksisutøvelse og profesjonelle samtaleferdigheter tatt med. Hensikten med beskrivelse er en synliggjøring av sosionomenes arbeidsområde og fagfelt. Somatiske sykehus innehar mye kompetanse utover det medisinfaglige, kompetanse som er relevant i forhold til selvmordsforebyggende arbeid. Sosionomoppgaver vil kunne variere ved ulike somatiske sykehus. Klinisk praksis ved sosionomtjenesten på Bærum sykehus kan sees som todelt. I den ene delen inngår oppgaver knyttet til Bærumsmodellen, den andre delen består av ulike oppgaver ved medisinske, kirurgiske sengeposter og poliklinikker. Sosionomene er tilknyttet faste poster men overlapper hverandre ved behov.

Årsmelding 2011 for sosionomtjenesten ved Bærum sykehus er brukt som bakgrunnsmateriell for den generelle praksisbeskrivelsen. I kapittelet inngår en kort presentasjon av Bærumsmodellen da den vil fungere som mal (med justeringer) for en forebyggingsmodell for eldre. Generell indremedisinsk avdeling (prosjektavdeling) presenteres mot slutten av kapittelet.

#### **Kapittelet inneholder en presentasjon av:**

- Prioriterte pasientgrupper/oppgaver
- Den profesjonelle samtalen
- Bærumsmodellen (sykehusdelen)
- Generell indremedisinsk avdeling

### **3.1.2 Sosionomens praktiske oppgaver ved Bærum sykehus**

Under praktiske arbeidsoppgaver ligger informasjon om trygd- og andre rettigheter, kontaktetablering med Nav, kommunale og private instanser, veiledning i forbindelse med studier, arbeid og hjemmesituasjon. Arbeidsoppgavene fordrer kjennskap til lovverket i forhold til rådgivning om rettigheter innen økonomi og jus. Sosionomtjenesten har rutiner for samarbeid med kommunene i forhold til selvmordsforebygging, gravide rusmisbrukere, barnevern og seniorsentrene.

### **3.1.3 Prioriterte pasientgrupper:**

- Pasienter innlagt etter selvmordsforsøk
- Ungdom innlagt etter rusintox
- Pasienter innlagt etter ulykker, vold og mishandling
- Pasienter med kreft
- Pasienter med kols og/eller andre kroniske sykdommer.
- Pasienter og pårørende i akutte kriser
- Pasienter som begjærer abort eller spontanaborterer
- Pasienter med rusmisbruksproblematikk
- Pasienter innlagt etter hjerneslag
- Pårørende, med særlig fokus på barn og ungdom

## **3.2 Den profesjonelle samtalen**

### **3.2.1 Samtalen som verktøy**

Innenfor sosionomens kompetanseområde ligger samtaleferdigheter som det gjennom hele utdannelsesforløpet fokuseres sterkt på. Gjennom utdanning og yrkesprofesjon er sosionomer trent i å ta opp vanskelige eller tabuiserte temaer. Relasjonskompetanse er en forutsetning for å gjennomføre profesjonelle samtaler, samtaleferdigheter kan sies å være sosionomens viktigste arbeidsredskap.

### **3.2.2 Ferdigheter**

Profesjonelle samtaleferdigheter er en av flere nødvendige redskaper ved intervensjon i sykehus. Ferdigheter som må være på plass er intervjuferdigheter, relasjonsferdigheter, observerende, lyttende, fokuserende og tolkende ferdigheter, og ferdigheter i forhold til å tilrettelegge for et godt samarbeidsklima (Johnson & Yanca 1983). I sykehus er det ikke uvanlig at flere pasienter oppholder seg på samme rom. I slike tilfeller må det gjøres bruk av egne samtalerom. Dersom det av ulike årsaker ikke lar seg gjøre å bringe pasienten ut av rommet kan en løsning være å flytte ut medpasienter i tidsrommet for intervensjon.

### **3.2.3 Samtalens struktur og faser**

I samtaler med innlagte pasienter vil samtalens form, mål og metode avhenge av hva den enkelte har vært utsatt for og hvor pasienten befinner seg emosjonelt. Profesjonelle samtaler forutsetter kunnskap, ferdigheter og en fleksibel bruk av metoder i forhold til ulike problemstillinger. Strukturen på samtaler vil variere i forhold til forskjellige pasientgrupper og ulike problemstillinger. Hver samtale har sin hensikt og sitt mål (Johnsen & Yanca (1983). Alle intervju har sine stadier: Åpningsfase, arbeidsfase og slutfase. Hvert stadium har forskjellig fokus. Åpningsfasen bygger relasjon og det legges grunnlag for et videre samarbeid. I arbeidsfasen fokuseres det på problemløsningsstrategier og planlegging av videre tiltak. Slutfasen har med en evaluering av hva som er gjennomgått og en forsikring om riktig oppfattelse av problemet. Når det gjelder kommunikasjon er det ikke uvanlig at det oppstår hindringer i direkte kommunikasjon (Shulman 2003). I relasjonen mellom ”hjelper og klient”, på sykehus sosionom og pasient, vil det kunne oppstå faktorer som kan hindre en åpen

kommunikasjon. ”En hindring kan være følelsen av ambivalens i forbindelse med å skulle motta hjelp. Samfunnet vårt reagerer negativt på nesten alle former for avhengighet - normen er snarere uavhengighet” (Shulman 2003, s. 79). Et annet mulig hinder for direkte kommunikasjon kan ha forbindelse med samfunnets tabuområder som avspeiler en generell enighet om at følsomme eller problematiske temaer er utelukket fra diskusjonen (Shulman 2003). Tabuene kan være bevisst eller ubevisst internalisert, noe som kan være til hinder for å snakke fritt. Det kan handle om temaer som seksualitet, avhengighet, rusmisbruk, autoritet og økonomi. Selvmord er fortsatt et tabubelagt tema.

En tredje hindring kan være vonde eller skremmende følelser knyttet til det aktuelle problemet. Ubevisste eller bevisste forsvarsmekanismer kan gjøre seg gjeldende og forhindre at sensitive problemer bringes på banen. Det kan føre til en ufullstendig kommunikasjon da alle problemer omfatter både fakta og følelser (Shulman 2003).

I sykehus dreier samtaler seg ofte om psykososiale forhold som årsak til - eller resultat av sykdom, skade eller ulykker. Med psykososiale forhold menes: følelsesmessige, mellommenneskelige og ytre forhold som økonomi, arbeidssituasjon, og boligsituasjon. Henvisninger kommer ofte som bestilling av råd og veiledning i forhold til praktiske spørsmål, og/eller råd og støtte på følelsesmessige reaksjoner. Ved bestilling av praktisk bistand handler det i mange tilfeller om underliggende følelsesmessige behov hvor blandingen av sosionomens kunnskap, ferdigheter og bruk av metoder får tak i det underliggende som det kan være vanskelig å få gitt uttrykk for. ”En terapeutisk allianse” (Shulman 2003) må på plass før et arbeid kan utføres. Profesjonelle ferdigheter i arbeidsfasen er en forutsetning for å kunne opprette en terapeutisk allianse. Uten denne alliansen kan det føre til en ”illusjon om arbeid” der det gjøres tomme fakter som det verken kommer arbeid eller forandring ut av (Shulman 2003). Støttesamtaler er ressursorienterte, løsningsorienterte, ser på ulike handlingsalternativer. Sosionomen kan fungere som en ”Container” og/ eller hjelpe pasienten til å sortere følelser, gjenvinne orden og oversikt for å mestre en ny situasjon.

## 3.3 Bærumsmodellen

### 3.3.1 Historikk

Informasjonen som følger er hentet fra sosionomtjenestens årsrapport (2010), Bærumsmodellen (2009), sammen med utdrag fra skriftserien, Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen (1984 – 1994).

Bakgrunnen for Bærumsmodellens oppstart var at det i 1978 fra sosionomtjenestens leder Kari Holten ved Bærum sykehus ble etterlyst bedre oppfølging av pasienter innlagt for selvmordsforsøk (Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen 1984-1994). Det var ingen som snakket med pasienten om faktorer som hadde utløst selvmordsforsøket, og det fantes ingen rutiner for oppfølging (Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen 1984 - 1994). Modellen beskrives for å vise hvordan den er bygd opp og hvordan den fungerer i praksis da den vil danne grunnlag for utformingen av en selvmordsforebyggende modell for eldre.

Det kan diskuteres om Bærumsmodellen har eksistert for lenge i samme form og uten noen stor grad av endring. Modellen er tilpasset et sykehus tilknyttet to avgrensede kommuner og vil kanskje ikke være like egnet på større og mer uoversiktlige områder. Et hvert helseforetak bør fokusere på modeller som er tilpasset deres geografiske strukturer. Det vites ikke om noen annen modell i Norge som har fungert kontinuerlig over et så langt tidsrom. Fra starten av og fremover har modellen vist en nedgang i antall innlagte med selvmordsforsøk. Årsaken til reduksjonen er forbundet med usikkerhet. Det kan forhåpentligvis skyldes den selvmordsforebyggende innsatsen gjennom flere år.

**Modellens mål er å redusere gjentak av selvmordsforsøk og selvmord.**

Modellen består av 3 trinn:

- Den medisinske behandling og overvåking ved sykehuset.
- Psykososial/psykiatrisk intervensjon i sykehuset. Kartleggingen gjennomføres svært strukturert og inneholder blant annet en utforskning av aktuell - og bakenforliggende situasjon, grad av planlegging, impulsitet, hvordan kom pasienten til sykehuset, bruk av tabletter, alkohol eller illegale stoffer, tidligere forsøk, selvmordsforsøk og selvmord i nære relasjoner, tidligere og nåværende behandlingskontakter.

- Behandling etter utskrivning fra sykehuset og eventuell oppfølging av kommunale selvmordsforebyggende team.

Bærumsmodellen består av ett team på sykehuset samt ett team i Asker kommune og ett team i Bærum kommune. Kommuneteamene består av helsesøstre og psykolog hvor helsesøstrene i kommuneteamene fungerer som ombudsmenn som følger pasienten i minimum et år etter innleggelse da risikoen er forhøyet det første året etter utskrivelse. De regnes ikke som behandlere, men fungerer som en støtte/kontakt og hjelper til med å finne/oppsøke riktige tilbud ut i fra den enkeltes behov. Kommuneteamene presenteres ikke nærmere da de ikke er aktuelle for denne studien.

### 3.3.2 Sykehusteamet

Sykehusteamet består av sosionomer og en psykiatrisk konsulent. Sosionom har rutinemessig oppsøking og samtale med pasienter innlagt etter selvmordsforsøk, ingen av sosionomene har det som eneste arbeidsoppgave.

*Arbeid med selvmordstruede bør bare være en del av teammedlemmenes arbeid (Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen 1984 – 1994).*

Psykiatrisk konsulent på sykehuset har ukentlig veiledning med sosionomene hvor fokus er på disse sakene. Systematisk faglig veiledning er en forutsetning for å utføre denne type arbeid (Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen 1984 – 1994). Psykologspesialist og forsker, Gudrun Dieserud er knyttet til Bærum sykehus som rådgiver i forhold til kvalitetssikring av modellen. Sykehusteamet tar kontakt med kommuneteamet ved aktuelle saker. Kompleksiteten i enkeltsakene ivaretas godt ved den tverrfaglighet som finnes på sykehuset, (lege, sosionom, psykiater, sykepleier) samt psykolog og helsesøster i kommuneteamene.

**Sosionomens rolle:** 2/3 av pasientene får tilsyn av sosionom, de øvrige av psykiater.

Samtalene med selvmordsforsøkere utgår fra en psykososial modell for sosialt arbeid. Det sosialfaglige arbeidet består i: kriseintervenering, psykososial kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, vurdering av behandlingsbehov og utarbeidelse av forslag til tiltak.

Ut i fra behandlingsbehov formidles kontakt med hjelpeapparatet (Statens helsetilsyn 1984-1994, Bærumsmodellen). I pasientkontakten legges det vekt på en direkte og tydelig kommunikasjon. Intervjuguiden European Parasuicide Study Interview Schedule, EPSIS,

utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon benyttes for kartlegging (Statens helsetilsyn 1984-1994, Bærumsmodellen). Hensikten er å kartlegge omstendighetene rundt selvmordsforsøket grundig nok for en vurdering av selvmordsrisiko og undersøke behovet for videre oppfølging, dette i nært samarbeid med ansvarlig postlege (Statens helsetilsyn, Bærumsmodellen, 1984-1994). Det blir informert om muligheten for oppfølging av selvmordsforebyggende team. Det sendes brev med informasjon om oppfølgingstilbud til selvmordsforsøkere som har vært innlagt i helgene og som ikke har fått samtale med sosionom eller psykiater.

**Psykiaters rolle:** Psykiater vurderer pasienter i de tilfeller hvor det er tvil om tilstedeværelsen av øyeblikkelig hjelp- kriterier. Han vurderer pasienten i de tilfeller hvor det foreligger mistanke om psykisk sykdom, men hvor sykdomsbildet er uklart og vanskelig å forstå.

**Legens rolle:** Postlegen har det overordnede ansvaret for behandlingen.

Forskjellen på denne modellen og en modell tilpasset eldre ligger i at oppsøkende virksomhet ved en "eldre – modell" har som mål å oppsøke alle inneliggende over 67 år uten selvmordsforsøk som innleggelsesdiagnose. Bærumsmodellen og en "Eldre modell" vil være ulike ved at det henvises til forskjellige kommunale instanser. Trinnene i modellene vil være like. Bærumsmodellen er en tertiærforebyggende modell til hjelp for personer som har gjort selvmordsforsøk, mens en "Eldre – modell" vil være et sekundærforebyggende tiltak for eldre selvmordsutsatte pasienter.

## **3.4 Generell indremedisinsk avdeling (MGEN) (Prosjektavdeling)**

### **3.4.1 Beskrivelse av avdeling**

Behandlingskjeden som vil skisseres tar utgangspunkt i Generell indremedisinsk avdeling ved Bærum sykehus. Av praktiske årsaker vil prosjektet starte ved en avdeling, med mulighet for utvidelse til andre avdelinger. Årsaken til at valget falt på denne avdelingen har bakgrunn i at mange eldre behandles for ulike sykdommer ved denne avdelingen. Avdelingen tilbyr diagnostikk, behandling og pleie til pasienter med indremedisinske sykdommer. Mange eldre inneliggende ved avdelingen lider av alvorlige kroniske sykdommer som kreft, lungesykdom og andre alvorlige diagnoser, svært ofte dreier det om sammensatte diagnoser. En av flere sosionomoppgaver ved avdelingen er kriseintervenering i forhold til pasienter og deres

pårørende. Avdelingen er langt framme når det gjelder fagutvikling. De ansatte er svært positive til ulike prosjekter og har et tverrfaglig fokus, noe som fører til et svært smidig samarbeid mellom ulike faggrupper. Gjennom sykehusets inntakstlister vil eldre over 67 år ved Generell indremedisinsk avdeling kunne oppspores for kartlegging av selvmordsrisiko. Studiens resultat vil danne grunnlag for utformingen av et relevant intervjuerskap. Hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende hos eldre vil være avgjørende for hvilke områder som bør utforskes for ikke å miste viktig informasjon.

### 3.4.2 Statistikk over innlagte pasienter ved Generell indremedisinsk avdeling

Statistikk over innlagte kvinner og menn ved avdelingen fordelt på aldersgrupper presenteres for å gi et bilde av antall inneliggende pasienter i aldersgruppen fra 67 år. Statistikken viser et svært høyt antall inneliggende eldre pasienter per år.

Tabell 1: Kvinner utskrevet fra MGEN, fordelt på aldersgrupper.

	2007	2008	2009	2010	2011
0 år			1		
13-15 år		1			
16-19 år	16	13	16	12	14
20-44 år	61	83	73	85	86
45-66 år	131	160	170	168	207
67-79 år	177	196	188	201	155
80-89 år	203	199	195	239	216
>90 år	43	51	55	80	63

Tabell 2: Menn utskrevet fra MGEN, fordelt på aldersgrupper.

	2007	2008	2009	2010	2011
1-5 år			1		
6-12 år			1		
13-15 år	1				1
16-19 år	3	10	11	12	10
20-44 år	53	63	59	57	68
45-66 år	142	166	176	242	197
67-79 år	190	196	137	181	173
80-89 år	157	152	207	206	222
>90 år	28	31	34	40	50



### **3.4.3 Følger av samhandlingsreformen**

Det er forbundet med usikkerhet om intervensjon lar seg gjennomføre hos det høye antall pasienter som statistikken viser uten tilførsel av ekstra ressurser. På den annen side medvirker samhandlingsreformen allerede til en reduksjon i antall liggedøgn og innleggelser i somatiske sykehus, dette som et resultat av flere tilrettelagte tilbud i kommunene. Selv med en reduksjon i antall innleggelser og avkortet liggetid vil det kunne påtreffes mange eldre ved somatiske sengeposter, spesielt dersom man velger å utvide oppsøkende virksomhet til flere avdelinger.

### **3.4.4 Kartlegging av eldre i sykehus**

I kontakt med eldre er det viktig å ta hensyn til individuelle faktorer slik at man unngår å ”skjære alle over samme kam”. Verdighet og respekt for enkeltindividet er sentrale stikkord under intervensjon. Hos eldre sees naturlig nok store individuelle forskjeller, eneste fellesnevner kan i mange tilfeller være nettopp alderen. Kartleggingssamtaler med eldre bør gjennomføres i en strukturert form med støtte i forhold til følelser som kan være forbundet med den enkeltes problemer. Samtaleferdigheter i forhold til å få tak i vanskelige – og/eller tabuiserte temaer vil være å regne som en sentral ferdighet ved kartlegging av selvmordsrisiko hos eldre.



## 4 Metode

### 4.1 Litteraturstudie

#### 4.1.1 Inklusjon / eksklusjonskriterier

Studien bygger på empiriske studier som omhandler selvmord hos eldre. Det er søkt etter litteratur som kan si noe om hva som fører til selvmordsrisiko for eldre spesielt, hva som er utført - og hva som er foreslått av forebygging. Studien har søkt etter litteratur som kan bekrefte nytte av å forme en selvmordsforebyggende modell som fanger opp eldre selvmordsutsatte mens de er i somatisk sykehus. Vurderte artikler (n=9) besto av typen psykologiske autopsi studier, hvorav en er kvalitativ og åtte er kasus kontrollerte studier, inkludert en registerstudie.

#### **Studiens inklusjonskriterier:**

Originalartikler om eldre og selvmord som omhandler risikofaktorer og forebygging.

Litteratur fra år 2000 – 2012.

#### **Eksklusjonskriterier:** Assisterte selvmord hos eldre.

En litteraturstudie gjennomføres ved systematisk søking etter litteratur ut i fra en spesiell problemstilling. Litteraturen granskes kritisk og sammenstilles innenfor det utvalgte problemområdet (Forsberg og Wengström 2003). Hensynet til validitet (gyldighet) og reliabilitet (reproduserbarhet og presisjon) er viktig i forhold til resultatene. Reliabilitet vil si at samme målemetode brukes for et konstant fenomen, gjentatte målinger skal gi samme resultat. Lav reliabilitet kan tyde på at måleprosedyren påvirkes av slumpfeil for eksempel gjennom spørsmålsformulering eller dårlig informasjon om hvordan spørsmålet skal besvares (Forsberg og Wengström 2003). Reliabilitet forklares vanligvis som en verdi (coefficient) mellom 0 og 1, hvor nærhet til 1 gir best resultat. Når to ulike grupper sammenlignes er det en fordel at reliabiliteten overstiger 0,70 for å sikre mest mulig nøyaktig resultat.

### **4.1.2 Litteratursøk**

I tillegg til manuelle søk er det søkt etter aktuell litteratur i databaser som Medline og PubMed som hovedsakelig inneholder vitenskapelige tidsskrifter. Det er også søkt i databasen PsycInfo som inneholder psykologisk forskning innenfor medisin og sykepleie. Søkene ble foretatt i perioden desember 2011 – mars 2012 og var en svært tidskrevende prosess. Søk på ordet suicide i databasene Medline, PsycInfo og PubMed førte til et høyt antall studier som måtte begrenses. Suicide\* ble brukt i ulike kombinasjoner: and elderly, aged, suicide - attempted, risk- factors og prevention. Søkene resulterte i et begrenset antall empiriske studier som omhandlet eldre og selvmord fra år 2000 – 2012. De inkluderte studiene stammer fra ulike land og presenteres i en samlet oversikt i resultatkapittelet. Begrensningen av artiklene hadde bakgrunn i ønske om å gjennomføre en grundig vurdering hver enkelt studie, noe som var en svært tidskrevende prosess. Databasene inneholdt noen flere empiriske artikler som kunne vært innlemmet i studien selv om det fantes forbausende få aktuelle artikler av forskningsmessig holdbarhet om eldre og selvmord.

### **4.1.3 Litteraturvurdering**

For å kvalitetssikre artiklene som ble innlemmet i studien var det ønskelig med et system for dette formålet. Det er ikke funnet klare regler for hvordan en litteraturvurdering bør gjennomføres. For å sikre best mulig kvalitet, og oversikt til studiens diskusjon er det i denne studien gjort bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006), dette brukt som et vurderingsredskap for hver enkelt studie. Sjekkliste for vurdering av en kausalkontrollstudie (case control) ble brukt til case control studier og ble anbefalt til bruk ved registerstudien da det ikke finnes egne sjekklister for denne type studier. Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning er brukt til vurdering av den ene kvalitative studien som er en psykologisk autopsi studie. Det er ikke alle spørsmål i listene som er av like stor betydning for kvalitetsvurderingen i forhold til problemstillingen, de er likevel besvart for å få et helhetlig bilde av hver studie. Sjekklistenes punkt 7 og 9 ligger til grunn for resultatene av risikofaktorer. Punkt 9 og 10 er viktige i forhold til spørsmålet om forebygging. Studiens syntese vil være tolkning av funnene basert på kvalitet og innhold, sammen med studiens hypotese.

## **4.2 Forskningsmetoder**

### **4.2.1 Hva er psykologiske autopsi studier?**

Psykologiske autopsistudier kan både være kvantitative eller kvalitative. Betegnelsen psykologisk autopsi har sin opprinnelse i å finne dødsårsak, men brukes nå i videre forstand, om det å undersøke hva som skjedde, hva som har vært gjort og hva som kan læres (Retterstøl 1995). Psykologiske autopsistudier foregår som en rekonstruksjon av omstendighetene i tidsperioden som førte til selvmordet ved å intervju informanter som kjente avdøde. Pårørende, familie eller helsepersonell som kjente avdøde beskriver avdøde, og avdødes situasjon den siste tiden ut i fra deres inntrykk (Pouliot og De Leo, 2006). Metoden kan gi kunnskap for forståelse av den individuelle prosessen som ledet til selvmord. Ellers kan informasjon hentes fra dokumenter som pasientjournaler, rettsmedisinske protokoller og lignende. De fleste autopsistudiene i denne studien er designet som case control studier og regnes som kvantitative, en psykologisk autopsi studie med kvalitativt design er inkludert.

### **4.2.2 Case – control undersøkelser**

Case- control undersøkelser kan inngå som en del av psykologiske autopsistudier ved at man ikke kun ser på den utsatte gruppen men sammenligner selvmordstilfellene med andre grupper eldre som har dødd av naturlige årsaker. Da intervjues informanter også fra denne gruppen for å se på likheter og ulikheter ved livssituasjonen i tiden før dødsfallene. Formål med epidemiologiske analysemodeller som Case– control studier er å påvise årsak til sykdom eller symptomer (Magnus og Bakketeig 1993). Den retrospektive, observasjonelle (case – control - undersøkelsen) undersøker en utsatt gruppe individer (casene) som velges ut fra aktuell problemstilling og sammenlignes med en eller flere kontroller (personer uten det spesielle problemet). Det undersøkes om gruppene ble utsatt for samme eksponering (Magnus og Bakketeig, 1993). Det forventes å finne flere som har vært eksponert for årsaksfaktoren blant casene enn blant kontrollene. Kontrollene skal ideelt sett trekkes fra utgangsbefolkningen hvor problemet har oppstått og i størst mulig grad ligne casene.

### 4.2.3 Registerstudier

*Registerstudier er studier hvor opplysninger hentes fra et register og/eller hvor opplysninger fra ulike registre kobles/sammenstilles. Register kan være forskriftsregulerte, lovpålagte og konsesjonspliktige (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2012, s. 1).*

Registerstudier er som regel ikke basert på informasjon og samtykke fra den registrerte. Dersom opplysningene fra registeret er taushetsbelagte og skal innhentes uten samtykke fra den registrerte, er det nødvendig med dispensasjon fra taushetsplikten (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2012, s. 1). Slike studier brukes ofte for å sammenligne utfall i grupper. Studien til Erlangsen (2005) som vurderes i denne studien har sammenlignet personer som ikke ble innlagt i somatisk sykehus i en bestemt tidsperiode med personer som ble innlagt i samme tidsperiode for å se om det hadde betydning for selvmord.

## 4.3 Ethiske overveielser

Litteraturstudier gjør bruk av tidligere dokumentert kunnskap som grunnleggende datamateriell for kritisk vurdering, analyse og sammenfatning. Ethiske overveielser med hensyn til informanter kan utelukkes da det ikke er aktuelt for en litteraturstudie. Spørsmål i en litteraturstudie stilles til litteraturen i stedet for til enkelindivider eller grupper (Forsberg og Wengström, 2003). Ethiske overveielser ved litteraturstudier bør gjøres i forhold til utvalg og presentasjon av resultat. Artikler som ikke støtter den aktuelle hypotesen bør i størst mulig grad inkluderes for et best mulig forskningsresultat. Forskningsansvarlige ved Bærum sykehus og ledelsen ved Generell indremedisinsk avdeling er informert om denne studien og har gitt uttrykk for at de ser positivt på tiltaket som presenteres. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko vil tilbys eldre pasienter som et supplement til den pågående medisinske utredningen ved avdelingen.

## 4.4 Sjekklisterenes innhold

### 4.4.1 Sjekkliste for kaskontrollstudie (Case control).

For i størst mulig grad å sikre kvaliteten på studiene er sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) benyttet:

**Sjekkliste for vurdering av en kaskontrollstudie inneholder 10 spørsmål med 3 svaralternativer for spørsmål (ikke nr.7 og 8): Ja – Uklart – Nei**

- 1 Er formålet med studien klart formulert?
- 2 Er en kaskontrollstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen/spørsmålet?
- 3 Ble kasegruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Seleksjonsskjevhet?
- 4 Ble kontrollgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Seleksjonsskjevhet?
- 5 Ble eksposisjonen presist målt? Foreligger det måle-, erindrings - eller klassifiseringsskjevhet?
- 6 Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfoundere” (forvekslingsfaktorer /effektforvekslere) i studiens design og /eller analyse?
- 7 Hva er resultatet i denne studien?
- 8 Hvor presise er resultatene?
- 9 Kan resultatene overføres til populasjon/praksis?
- 10 Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre studier?

#### **4.4.2 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning**

**Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning er brukt til Psykologiske autopsistudier og inneholder 9 spørsmål hvor de to første inneholder tre svar alternativer: Ja – Uklart – Nei**

##### **Innledende spørsmål**

- 1 Er formålet med studien tydelig?
- 2 Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?
- 3 Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?
- 4 Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?
- 5 Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
- 6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
- 7 Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?
- 8 Er etiske forhold vurdert?
- 9 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?
- 10 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?



# 5 Resultat

## 5.1 Presentasjon av utvalgte studier

### **Studier vurdert ved bruk av sjekkliste for kauskontrollstudier (Case control):**

Wærn et al., (2000). Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case-Control Study.

Wærn et al., (2002). Burden of illness and suicide in the elderly people.

Rubenowitz et al., (2001). Life events and psychological factors in the elderly suicides – case – control study.

Duberstein et al., (2004). Poor social integration and suicide. Fact or artifact? A case – control study.

Harrison et al., (2010). Alone? Percieved social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders.

Harwood et al., (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in the older people: a descriptive and case – control study.

Beautrais. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.

Erlangsen et al., (2005). Registerstudie. The Effect of Hospitalization with Medical Illness on the Suicide Risk in the Oldest Old: A population – Based Register Study.

### **Studier vurdert ved bruk av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning:**

#### **Psykologiske autopsi studie:**

Kjølseth et al., (2009). Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them.

## 5.2 Oversikt og samlet resultat av vurderte studier

Tabell 3: Sammendrag av studiens resultat (n=9)

Databaser	Deltakere/Informanter	Studie design	Resultat / Forebyggingsforslag
Artikkelforfatter			
Land			
Publikasjonssår			
Tittel			
<b>Wærn et al. (2000). Sverige.</b>  Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case – Control Study.	Informanter for 85 suiciderte over 65 år. Kontroller: 153 personer fra normalbefolkning, kjønn, alder, bosted som selvmordsgruppen.	<b>Case - control study:</b> Betydning av psykisk sykdom i forhold til selvmord hos eldre.	<b>Resultat:</b> 96 % av suicidene fylte kriteriene for minst en DSM – IV akse 1 diagnose. Kontrollgruppe: 18 %. Suiciderte med <u>alvorlig</u> depresjon: sterk selvmordsrisiko. <u>Mindre</u> alvorlig depresjon: risiko men i mindre grad. <b>Forebygging:</b> I tillegg til antidepressiv behandling, behov for mer fokus på suicidalitet hos eldre.
<b>Wærn et al. (2002). Sverige.</b>  Burden of illness and suicide in the elderly people.	Informanter for suiciderte over 65 år. Kontroller: 165 personer fra normalbefolkning, kjønn, alder, bosted som selvmordsgruppen.	<b>Case- control study:</b> Betydning av fysisk sykdom for suiciderte eldre.	<b>Resultat:</b> Påviste risikofaktorer: Nevrologisk sykdom, nedsatt syn- og hørsel, cancer hos menn, ikke hos kvinner. <b>Forebygging:</b> Økt kunnskap hos helsepersonell om risiko ved fysisk sykdom og hvilke lidelser som rangerer øverst for risiko.
<b>Rubenowitz et al. (2001). Sverige.</b>  Life events and psychological factors in elderly suicides – case-control study.	Informanter for 85 suicider over 65 år. Kontroller: 153 personer fra normal befolkning, kjønn, alder, bosted som selvmordsgruppen.	<b>Case-control study:</b> Stressfulle livshendelsers betydning for suicide hos eldre.	<b>Resultat:</b> Påviste risikofaktorer: Psykisk sykdom og stressfulle livshendelser. <b>Forebygging:</b> Psykologisk støtte og oppmerksomhet fra kommune og spesialisthelsetjenesten på relasjonelle forhold.

<b>Duberstein et al., (2004). USA.</b>  Poor social integration and suicide. Fact or artifact? A case-control study.	86 suiciderte - 86 kontroller over 50 år, samme kjønn, alder, rase, bostedsområde.	<b>Case – control study:</b> Strukturerde intervju: Betydningen av sosial integrasjon i forhold til selvmord.	<b>Resultat:</b> Manglende sosial integrasjon på familie - og samfunnsnivå funnet som indikator for psykisk sykdom og selvmord. <b>Forebygging:</b> depresjonscreening, identifisering av problemområder og fokus på sosial interaksjon.
<b>Harrison et al., (2010).USA.</b>  Alone? Percieved social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders.	106 eldre over 60 år.  Tre grupper: Deprimerte suicidale, ikke - deprimerte suicidale og ikke - deprimerte eldre.	<b>Case- control study:</b> Modell for undersøkelse av sosial støtte og kroniske interpersonelle vanskeligheter.	<b>Resultat:</b> Deprimerte - suicidale rapporterte laveste nivå av opplevd tilhørighet og sosial støtte og høyere nivå av interpersonelle vanskeligheter sammenlignet med ikke - deprimerte suicidale og ikke - deprimerte eldre. Forbindelsen mellom kronisk interpersonelle vanskeligheter og suicidalitet. Liten grad av selvopplevd sosial støtte som risiko for sårbarhet for selvmordsideer - og forsøk. <b>Forebygging:</b> Sosial støtte og familieinvolvering.
<b>Harwood et al., (2006). England.</b>  Life problems and physical illness as risk factors for suicide in the older people: a descriptive and case-control study.	Informanter for 100 suiciderte eldre over 60 år, 54 kontroller (for kjønn, alder)som døde av naturlige årsaker.	<b>Case-control study:</b> Presentert som to-delt studie.  Psychological autopsy: Livsproblemer og fysisk sykdom relatert til selvmord.	<b>Tre hovedfunn assosiert til selvmord:</b> Fysisk sykdom bidro til død hos 62 %. Interpersonelle problemer bidro til død hos 31 %. Etterlatthet bidro til død hos 25 %. Kontrollgruppe: Problemer relatert til etterlatthet over lengre tidsrom enn et år. Tilpasningsvansker, økonomiske problemer og tilbaketrekning førte til risiko. <b>Forebygging:</b> Helsepersonell bør ha kunnskap om risikofaktorene.
<b>Beautrais, A. (2002).</b>  New Zealand.  A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.	53 personer over 55 år, døde av selvmord eller med alvorlige selvmordsforsøk. 269 randomiserte kontroller.	<b>Case – control study:</b> Undersøkelse av sosiodemografiske forhold, mental og fysisk helse og livsomstendigheter blant casene for sammenligning med kontrollene.	<b>Hovedfunn:</b> Depresjon <b>Andre funn:</b> Manglende sosial interaksjon, familieproblemer og livsproblemer ble funnet som risikofaktorer for alvorlige selvmordsforsøk og selvmord. <b>Forebygging:</b> Estimert: tre firedeler av selvmord hos eldre kunne vært unngått ved depresjonsbehandling.

<p><b>Kjølseth et al., (2009). Norge.</b></p> <p>“Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them.</p>	<p>63 informanter.</p> <p>Etterlatte etter 23 suiciderte over 65 år. Slektninger, fastleger, sykepleiere fra hjemmebaserte tjenester.</p>	<p><b>Psychological autopsy study:</b></p> <p>Hovedemner: Personlighet – Relasjonelle forhold og livshistorie forbundet med suicid.</p> <p>Basert på kvalitative intervjuer av etterlatte med fokus på hva som karakteriserte de eldre som personer.</p>	<p><b>Resultat:</b> Vanskelig å akseptere aldersmessige tap og funksjonstap, selvfølelse sterkt forbundet med produktivitet og kontroll over egen livssituasjon. Tap av kontroll førte til sårbarhet som ikke kunne tolereres av de eldre selv.</p> <p><b>Forebygging:</b> Informasjon til helsepersonell og slektninger om risiko ved personlighetstrekk og selvoppfatning.</p>
<p><b>Erlangsen et al., (2005). Danmark.</b></p> <p>The Effect of Hospitalization with Medical Illness on the Suicide Risk in the Oldest Old: A Population-Based Register Study.</p>	<p>Alle personer fra 52 år og oppover i Danmark fra 1996 – 1998 (N= 1, 684, 205).</p> <p>3 aldersgrupper:</p> <p>De eldste eldre over 80 år– eldre (65 – 79) og de middelaldrene (52 – 64).</p>	<p><b>Registerstudie:</b></p> <p>Nasjonale data: Sammenlignet selvmordsrisiko hos de eldste med de to yngre gruppene. Inkluderte variabler: Alder, sykehusinnleggelse (somatisk) siste to år, antall forskjellige diagnoser gitt ved sykehus i tidsperioden.</p>	<p><b>Resultat:</b> Sykehusinnleggelse med somatisk lidelse økte risikoen for selvmord. Tre eller flere diagnoser førte til økt risiko. Høyest risiko hos de eldste mennene.</p> <p>To tredjedeler av de eldste eldre som hadde suicidert hadde opphold i somatisk sykehus i to års - perioden før suicidet og hadde en signifikant høyere risiko enn de på samme alder uten hospitalisering.</p> <p><b>Forebygging:</b> Somatiske sykehus er viktige arenaer for forebygging.</p>

## 5.3 Vurdering av hver enkelt studie

Tabell 4

<b>Case control studie: Wærn et al., (2000). Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case - Control study.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja: Undersøke selvmordrisiko i sammenheng med psykisk lidelse.
2.	Er en kaskontrollstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen? Ja, For å finne ut hvilke variabler som henger sammen med selvmordsatferd (caser og kontroller) og ikke vanlige aldersmessige faktorer. Ved å sammenligne suicider med kontroller som har dødd av naturlige årsaker vil en kunne beregne relativ risiko (OR), for selvmordsutsatthet.
3.	Ble kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Saker om uvanlige dødsfall ble fra Gøteborgs Rettsmedisinske Institutt ble undersøkt og valgt ut som selvmord etter Internasjonal Klassifikasjons for sykdom. Utvalget ble igjen inndelt i helt klare selvmord (n=83) og usikre selvmord (n=17) fra januar 1994 – mai 1996. Data for sikre og usikre suicider ble innhentet fra svensk statistikk. Informantene ble først informert om undersøkelsen pr. telefon og siden pr. brev med forespørsel om deltagelse.
4.	Ble kontrollgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja: Fra folkeregisteret, to personer pr. suicidert person fra normalbefolkningen med samme sammensetning som selvmordsgruppen i forhold til kjønn, fødselssår, bostedsområde.
5.	Ble eksposisjonen presist målt? Det ble benyttet statistiske målemetoder i form av en multivariabel logistikkmodell (regresjonsmodell) for å måle bakover i tid, alder ble målt som co -variabel. Det er tatt hensyn til validitet og reliabilitet for etterprøvbarehet. Psykisk lidelse er målt ved DSM-IV skalering. Det ble skilt på alvorlig depresjon og lettere depresjon. Fisher`s exact test sjekket ulikheter mellom sub - grupper hvor OR ikke kunne kalkuleres. Alle diagnoser utenom angstlidelse var merkbare.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfundere” i studiens design eller analyse? Ja: skjevheter i forhold til hukommelse og kunnskap om suicidene hos case- informantene. Aldersforskjell på casene og kontrollene som følge av tidsperspektivet før undersøkelsen kom i gang ble beregnet som en mulig konfounder som i liten grad slo ut.
7.	Hva er resultatet i denne studien? DSM-IV Akse 1 diagnose påvist i 96, 5 % av suicidtilfellene - kontrollgruppen 18,3 %. OR (relativ risiko) 113,1. Resultater indikerer en sterk sammenheng mellom psykisk lidelse og suicid hos eldre over 65 år. Overraskende mange hadde behandling for depresjon i tiden før selvmordet Sykehusinnleggelse siste år ble vist som risiko, ikke poliklinisk legehjelp. Psykiatrisk behandling gjennom en livstidssprevalens ble forbundet med risiko.
8.	Hvor presise er resultatene? Det er fokusert på mulig seleksjonsskjevhet, falske negativer i forhold til hukommelsesskjevhet, skyldfølelse og stigma i forhold til psykisk lidelse. Validitet og reliabilitet er vurdert, standardisert måleverktøy for etterprøvbarehet. Blindtest ble benyttet for å sikre best mulig grad av validitet. Risiko for falske positiver er beregnet.
9.	Kan resultatene overføres til praksis? Ja: kunnskap om sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord vil kunne være viktig informasjon for helsetjenesten.” Kunsten” å bedømme selvmordsrisiko bør videreutvikles, leger må tørre å spørre om suicidalitet. Ved siden av antidepressiv behandling bør det fokuseres mer på suicidalitet hos eldre, involvering av nærstående personer for informasjon om livssituasjon og suicidtanker.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja, Beautrais et al., (2002) fant at depresjon ble funnet som den sikreste indikator for selvmord hos eldre over 55 år. Pompili et al., (2008) fant depresjon, tap og ensomhet, i størst grad for kvinner og fysisk sykdom i større grad hos menn.

Tabell 5

<b>Case – control undersøkelse: Wærn et al., (2002). Burden of illness and suicide in the elderly people.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja. Belyse selvmordsrisiko sammen med fysisk sykdom.
2.	Er en kasuskontrollstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen? Ja: For å se hvilke faktorer som henger sammen med selvmordsatferd (caser og kontroller) og ikke vanlige aldersmessige faktorer. Ved å sammenligne suicider med kontroller som har dødd av naturlige årsaker vil en kunne beregne variabler for selvmordsutsatthet.
3.	Ble kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja: Granskning av 100 dødsrapporter fra Rettsmedisinsk Institutt, politi og rettsvesen. Kategorier: helt klare selvmord og usikre selvmord. Pårørende ble kontaktet skriftlig med informasjon om studien og forespørsel om deltagelse.
4.	Ble kontrollgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja, valgt ut etter alder, kjønn og bostedsområde gjennom folkeregisteret.
5.	Ble eksposisjonen presist målt? Logistikkanalyse (regresjon) brukt til måling for OR for begåtte selvmord. Variabler som påvirket OR ble beregnet i logistikkanalysen. Fisher's exact test ble benyttet for å teste ulikhet (seleksjonsfeil eller konfundere mellom subgruppene for casene og kontrollene). Analysen ble utført med SPSS versjon 10.1 Windows.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige "konfundere" i studiens design eller analyse? Ja: skjevheter i forhold til hukommelse og kunnskapen case- informantene hadde om suicidene. Alder (lang tidsintervall mellom forespørsel om deltagelse og intervjuene) er tatt med som mulig co -variabel i forhold til OR.
7.	Hva er resultatet i denne studien? Nevrologiske problemer, nedsatt syn- og hørsel, og kreft ble funnet som risikofaktorer for selvmord hos eldre over 65 år. Det ble funnet en kjønnsforskjell: fysisk sykdom førte til risiko for selvmord hos menn, ikke hos kvinner. Pårørende oppdaget suicidale følelser dobbelt så ofte som leger. For lite fokus på problemet fra legestanden.
8.	Hvor presise er resultatene? Kontrollene ble eldre enn casene på grunn av tiden det tok å forberede intervjuene. Aldersvariabelen er tatt med som co - variabel i forhold til OR. Fishers exact test ble benyttet for å teste ulikhet (seleksjonsfeil) mellom subgrupper for suicidene og kontrollene. Analysen ble utført med SPSS versjon 10. 1 Windows. Ranggeringsskalering for geriatrics ble brukt for å måle grad av fysisk lidelse.
9.	Kan resultatene overføres til praksis? Ja: viten om at fysisk lidelse, og hvilke lidelser som rangerer øverst i forhold til risiko vil kunne overføres til praksis ved sykehusinnleggelse og i primærhelsetjenesten.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Pompili et al., (2008), fysisk sykdom, i størst grad hos menn. Forsell et al., (1997) i (Wærn et al., 2002): sammenheng mellom nyresvikt og suicid. Hjerneslag: usikkert i forbindelse med depresjon. Stenager et al., (1998) i (Wærn et al., 2002) fant forbindelse mellom nevrologisk lidelse og selvmord. Grabbe et al., (1997), i (Wærn et al., 2002) hjerneslag som risiko. Erlangsen et al (2005): sykehusinnleggelse i somatikken siste to leveår førte til økt risiko.

Tabell 6

<b>Case – control undersøkelse: Rubenowitz et al., (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case-control study.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Undersøke betydningen av stressfulle livshendelser som konflikter, separasjon, etterlatthet, somatisk sykdom, økonomiske problemer og andre faktorer i forbindelse med selvmord.
2.	Er en kaskontrollstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen? Ja, Ved å sammenligne kontrollgruppe med kasegruppe over 24 måneder vil faktorer som henger sammen med selvmordsatferd skilles ut fra vanlige aldersmessige faktorer.
3.	Ble kasegruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja: Granskning av 100 dødsrapporter (sikre og usikre selvmord) fra Rettsmedisinsk Institutt i Göteborg hvor 83 ble klassifisert som selvmord. Usikre selvmord ble sjekket ved skalering (Rating Scale for Determining the Degree of Certainly of Suicide). Overdosedødsfall ble utskilt. Nærstående personer til avdøde ble plukket ut gjennom politirapporter, 98 av 100 ble ringt opp og informert om studien, positiv respons fra 85 pårørende.
4.	Ble kontrollgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja: To randomiserte kontrollpersoner gjennom folkeregisteret for hver case, selektert fra normalbefolkningen med samme sammensetning som selvmordsgruppen i forhold til kjønn, fødselssår, bostedsområde.
5.	Ble eksposisjonen presist målt? Eksposisjonen ble definert ved bruk av godkjente skaleringsmetoder. Det ble brukt like målemetoder (Objektive) for begge grupper. Det er tatt hensyn til at seleksjonsskjevhet kan ha forekommet i forhold til tidsintervall mellom suicidene og intervjuene, kontrollene ble eldre enn suicidene.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfoundere” i studiens design eller analyse? Ja: skjevheter i forhold til hukommelse og kunnskapen case- informantene hadde om suicidene.
7.	Hva er resultatet i denne studien? Familiære uoverensstemmelser og psykisk lidelse ble funnet som de mest betydningsfulle risikofaktorene for selvmord.
8.	Hvor presise er resultatene? Forfatter har tatt hensyn til ulike variabler og vurdert mulige feilkilder. Seleksjonsskjevhet kan ha forekommet. Manglende informasjon om kontrollene som avsto deltakelse, deltagerne kan ha vært mer like casene enn de som avsto. Resultatene vil ikke kunne være presise da noen deltagere kan ha underrapportert for informantene. Resultatene ville blitt mer nøyaktige ved å intervju levende personer og ikke pårørende da noe informasjon kan ha blitt underrapportert mens annen kan ha blitt overrapportert. Aldersforskjellen på case og kontroller vil kunne føre til unøyaktighet, sammen med hukommelsesskjevhet som kan føre til usikre beregninger.
9.	Kan resultatene overføres til praksis? Ja: I følge forfatter bør psykologisk støtte være et fokusområde ved behandling av suicidale eldre. Høyere grad av oppmerksomhet fra kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til å etterspørre eldres relasjoner ser ut til å være viktig.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? I følge denne studien: Psykisk lidelse; Arato et al., (1998); Conwell & Caine (1991); Clark & Clarck, (1993); Carney et al., (1994); Henriksen et al., (1995); Lawrence et al.,(2000) i (Rubenowitz 2001).

Tabell 7

<b>Case control undersøkelse: Duberstein et al., (2004). Poor social integration and suicide. Fact or artifact? A case-control study.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Tidligere studier viser at lav grad av sosial integrasjon kan assosieres til selvmord, men det er ukjent om svak integrasjon fører til risiko etter en statistisk justering for effekten av psykisk lidelse og arbeidsløshet. Forfatterne mener studien kan være til nytte for å utvikle forebyggingsprogrammer for eldre med dårlig sosial integrasjon.
2.	Er en case control studie velegnet for å besvare problemstillingen? Ja for å kunne sammenligne forhold rundt caser og kontroller. 4 ulike variabler ble målt for en sammenligningsanalyse: Sosioøkonomiske forhold - familiefaktorer i forhold til sosial integrasjon - sosiale og kommunale indikatorer for sosial integrasjon – multivariabel logistikk regresjonsanalyse som i modell 2 beregnet effekten av alkohol og stoffmisbruk.
3.	Ble kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte?: Medisinfaglige personer sjekket antallet suiciderte fra 1996 – 2001, pårørende ble forespurt om deltakelse gjennom skriftlig informasjon. Pårørende informerte om flere som kunne være aktuelle intervjuobjekter slik at forskerteamet kontaktet dem etter hvert som informasjon ble tildelt.
4.	Ble kontrollene valgt ut på en tilfredsstillende måte? Firma for markedsanalyse og opinionsundersøkelser ble brukt for å velge ut deltakere gjennom en randomisert digital prosedyre.
5.	Ble eksponeringen presist målt? Samme analyse ble brukt som metode for begge grupper ved pålitelige målemetoder. Eksponeringsfaktorer ble målt og definert ved to multivariable logistikk regresjoner. En analyseserie så på effekten av å være i et arbeidsforhold sammen med tilstedeværelse av affektiv lidelse, en annen analyserte disse variablene sammen med alkohol/tablettforbruk. En modell for analyse av faktorene ble satt sammen.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfoundere”? Hukommelsesskjevhet kan ha påvirket resultatene. Kontrollene kan ha vært mer velfungerende enn casene, noe som kan ha påvirket effekten av studien. Randomiserte utvalg minsker faren for konfoundere.
7.	Hva er resultatene i denne studien? Sosial integrasjon, status som gift, ha barn, søsken, være religiøst engasjert, kommunalt deltagende eller aktiviteter, er forbundet med beskyttelse for selvmord. Lave inntekter og arbeidsløshet preget i større grad suicidene enn kontrollene. Lav sosial integrasjon hadde en betydelig forbindelse med psykisk lidelse. Alkoholoverforbruk minsket beskyttelse i forhold til religiøst engasjement.
8.	Hvor presise er resultatene? Forfatteren mener den lave raten for suicider viser det vanskelig å få en presis prediksjon. Studien konkluderer med at seleksjonsskjevhet kan forekomme, et markedsfirma sto for utvelgelse av kontroller, vet ikke årsaken til at noen takket nei til deltagelse. Frafallsundersøkelse på de som takket nei er ikke gjort, det kan ha påvirket resultatene.
9.	Kan resultatene overføres til populasjon /praksis? Analyseresultatene bør kunne være til nytte på flere områder. Både i første - og andrelinjen bør sosiale forhold undersøkes som et skritt i forebyggende retning.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Leve alene er funnet som risiko (Harwood et al., 2000).



Tabell 8

<b>Case – control study: Harrison et al., (2010). Alone? Percieved sosial support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja, se om sosiale nettverk virker beskyttende i forhold til selvmord hos deprimerte eldre. Sammenlignet tre grupper eldre: Suicidale deprimerte, kontroller i form av ikke suicidale deprimerte og ikke deprimerte eldre.
2.	Er en case control studie velegnet for å besvare problemstillingen? Ja, egnet for å sammenligne suicidale deprimerte med to kontrollgrupper.
3.	Ble kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? 29 suicidale deprimerte pasienter ble rekruttert fra en alderspsykiatrisk klinikk og en avdeling for geriatri/ psykiatri. Det ble benyttet godkjente skåringsmanualer for de ulike diagnosene i de utvalgt gruppene.
4.	Ble kontrollene valgt ut på en tilfredsstillende måte? Kontrollene ble valgt ut gjennom samme kriterier for kjønn, alder og utdanning. Det er uklart hvor den <b>ikke- suicidale deprimerte</b> gruppen uten noen form for suicidale ideer, forsøk, eller depresjon ble valgt ut fra. <b>Ikke-deprimerte</b> eldre (uten DSM-IV Axis I disorder, uten suicidal intensjon) ble valgt ut fra kommunale legesentre.
5.	Ble eksponeringen presist målt? Det ble brukt CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; MMSE, Mini-mental State Examination.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige” konfoundere”? Det utelukkes ikke at lav sosial støtte og interpersonlige konflikter kan henge sammen med en tredje kausal faktor som emosjonell dysregulering eller manglende problemløsningsstrategier. Det er i følge forfatterne uklart om funnene er generaliserbare til eldre selvmordsoffere.
7.	Hva er resultatene i denne studien? Av de tre gruppene som ble sammenlignet opplevde de suicidale deprimerte eldre mindre sosial støtte og en høyere grad av interpersonelle konflikter enn de andre gruppene. Forbindelsen mellom kroniske interpersonelle vanskeligheter og selvmordsatferd kunne forklares med liten grad av sosial støtte.
8.	Hvor presise er resultatene? Det kan ikke utelukkes at resultatene er påvirket av en tredje kausal faktor som emosjonell dysregulering og lav grad av problemløsningsstrategier. Usikkert om stoffmisbruk i depresjonsgruppene har spilt inn i forhold til suicidalitet.
9.	Kan resultatene overføres til populasjon /praksis? Ja, selv om resultatene ikke vil være helt presise viser studien at det er verdt å sette inn forebyggende tiltak i forhold til sosial støtte. Telefonkontakt, brev, spesifikk målrettet terapi for interpersonelle konflikter og involvering av familiemedlemmer i terapi foreslås.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja, Beautrais (2002; Duberstein et al., (2004); Harwood et al., (2006).

Tabell 9

<b>Case - control study: Harwood et al., (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in the older people: a descriptive and case-control study.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja: Få tak i en detaljert beskrivelse av hvilken rolle livsproblemer og fysisk sykdom har i forbindelse med suicid hos eldre.
2.	Er en case control studie velegnet for å besvare problemstillingen? Ja: sammenlignet casene (Suicidene) med kontroller (personer, dødd av naturlige årsaker) i forhold til betydningen av livsproblemer og fysisk sykdom. Intervju av pårørende (etterlatte) for informasjon om avdøde.
3.	Ble kassgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja: Uvalg fra rettsmedisinske dokumenter, legekontorer.
4.	Ble kontrollene valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ble valgt fra sykehus etter naturlige dødsfall med kjønn og alder match som suicidene.
5.	Ble eksponeringen presist målt? Et problem var lav deltakelse av informanter i begge gruppene. Logistikkmodell ble brukt for å kalkulere OR for effekt av livsproblemer i kontrollgruppen. Binominal (toleddet) test for kalkulering av standardfeil. Psykisk lidelse var ikke inkludert som variabel i logistikk analysen. Intervjuene ble kontrollert av fire personer fra psykiatrien som kodet hver case.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige "konfoundere"? Ja: Få deltakere både i suicid gruppen og kontroll gruppen. Flest ektefeller som informanter i kontrollgruppen, suicidgruppen med større grad av venner som informanter. Forskjell i sorgprosess mellom pårørende til suicid- og kontrollgruppen kan ha påvirket informasjonsresponsen. Depresjon i suicidgruppen kan ha ledet til bias i forhold til rapportering (informantene kan ha inntrykk av mer problemer i denne gruppen som i større grad kan ha klaget over mindre problemer).
7.	Hva er resultatene i denne studien? Fysisk lidelse, interpersonelle problemer, sorg eller tap som følge av etterlatthet, funnet som hyppige årsaker til suicid. Fysisk sykdom var en faktor som pekte seg ut i to - tredjedeler av suicid tilfellene. 60 % av de med somatisk sykdom som suiciderte hadde også lidd av depresjon i måneden før de suiciderte. Denne forbindelsen ble ikke undersøkt i denne studien. Suicid: et endepunkt med bakgrunn i en interaksjon mellom fysiske, psykologiske og demografiske variabler.
8.	Hvor presise er resultatene? Begrensninger for studien er det lave antallet deltagere både for casene og kontrollene. Seleksjonsbias og bias i forhold til ulikhet i gruppene vil kunne føre til unøyaktighet selv om coefficient lå over 0,70.
9.	Kan resultatene overføres til populasjon /praksis? Resultatene viser at det vil være nyttig for helsepersonell å ha kunnskap om funnene for å se etter og fange opp etterlatte eldre med fysisk lidelse og/eller relasjonelle problemer i form av manglende sosial støtte.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja: Heikkinen & Lönnqvist (1995), Heikkinen et al., (1995); Rubenowitz et al., ( 2001); Duberstein et al., (2004) i Harwood (2006). Wærn et al., (2002); Conwell et al., (2000); Purcell et al., (1999) i Harwood (2006).

Tabell 10

<b>Case- control undersøkelse: Beautrais, A. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja: Undersøke sosio -demografiske forhold, mental- og fysisk helse, se på livsforholdene til individer med alvorlige selvmordsforsøk og selvmord til sammenligning med kontroller.
2.	Er en case control studie velegnet for å besvare problemstillingen? Ja, for å få innblikk i forhold som har ført til selvmordsforsøk og selvmord gjennom inntrykk beskrevet av pårørende for å sammenligne med kontrollene.
3.	Ble kassgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Rettsmedisinere definerte suicidene, selvmordsforsøkere ble identifisert ved daglig informasjon fra akuttpsykiatrisk institusjon hvor de ble behandlet i etterkant av selvmordsforsøket.
4.	Ble kontrollene valgt ut på en tilfredsstillende måte? Utvalget ble hentet fra Canterbury Suicide Project, case control, 202 suiciderte caser, 302 selvmordsforsøkere, 1028 randomiserte kontroller i alle aldre, utvalget er fra 2 eldre studier av Bautrais et al.,(1996 & 1996). Kontrollene ser ut til å ha blitt valgt ut fra et regionalt register med skriftlig informasjon om studiet og spørsmål om deltagelse.
5.	Ble eksponeringen presist målt? Forskjeller og likheter ble målt for selvmordsforsøkere og suiciderte og videre sammenlignet med kontrollgruppe- ikke funnet signifikante forskjeller på de som gjorde forsøk og de som døde. Boneferroni – corrected significance nivå ble brukt for sammenligning.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfoundere”? Ja, mulige underestimerer ved noen risikofaktorer.
7.	Hva var resultatene i denne studien? Depresjon ble funnet som den mest betydningsfulle risikofaktoren. Livshendelser som seksuelt misbruk og mangel på omsorg i barndom førte til risiko for depresjon som videre hadde en sammenheng med selvmordsatferd. Ingen signifikant forskjell i alder på de som gjorde forsøk og de som døde, menn fullførte selvmord i større grad enn kvinner, kvinner gjennomførte medikamentelle forsøk mer enn menn. Det ble estimert at tre firedeler av selvmord hos eldre kunne vært unngått ved depresjonsbehandling.
8.	Hvor presise er resultatene? Modell for logistikk regresjon har tatt hensyn til korrelasjon mellom ulike risikofaktorer.
9.	Kan resultatene overføres til populasjon/praksis? Ja, identifisering og behandling av depresjon er det viktigste forebyggingsiltaket for eldre, noe som vil kunne gjøres både i første – og andrelinjen ved for eksempel å benytte standardiserte screeningsverktøy for måling av depresjon.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? Ja, (Beautrais, Joyce & Mulder (1997); Cattell & Jolley (1995); Cheng (1995); Conwell et al., (2000); Henriksson et al., (1995); Hepple & Quinton (1997) i Beautrais (2002).

Tabell 11

<b>Psykologisk autopsi studie: Kjølseth et al., (2009) “Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja: Gjennom informasjon fra nærstående personer av avdøde er det forsøkt å belyse hva som førte til selvmord. Beskrivelse av de suiciderte (eldre over 65 år) som personer, rekonstruksjon av faktorer som har ført til selvmord. Tre hovedemner: livs historie, personlighet og relasjonelle forhold.
2.	Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig? Ja: Til nå er det ikke funnet andre måter å innhente informasjon på enn kvalitative intervjuer av etterlatte (autopsi studier). Kvalitative intervjuer vil kunne si noe om eksponeringen de suiciderte personene var utsatt for, noe som er viktig i forhold til årsaksforklaringen (Magnus & Bakkevig 1993). Det kunne vært en fordel med kontrollgrupper for å sikre at sårbarhet ikke handler om vanlige aldersmessige faktorer.
3.	Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt? 172 Kommunale medisinske sentere hentet ut lister over suiciderte personer (29) og rekrutterte informanter for 23 suicider ved å sende standardisert skriftlig informasjon til nære slektninger, fastleger eller til hjemmetjenesten. I to saker ønsket ikke slektninger å gi informasjon, i tre saker var det ikke mulig å finne informasjon om pårørende, i en sak var dødsårsaken usikker.
4.	Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet? Ja. Det fremkom et tydelig bilde av bakgrunnen for suicidene, forskningsmessig kunne det vært en fordel med flere caser.
5.	Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ja: kan ha påvirket resultatene at samme person utførte alle intervjuene og transkriberingen. Forskers perspektiv kan ha påvirket informasjon. Deler av etterforskningsprosessen kan være vanskelig å beskrive detaljert nok da den består av trinnvis rekonstruksjon. Det er tatt hensyn til validitet og reliabilitet, informasjonen kan være unøyaktig i forhold til ulike relasjoner til suiciderte personer. Validitet påvirkes av antallet intervjuobjekter for hvert selvmord.
6.	Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkning av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja: Fremgangsmåte ved intervjuene er detaljert beskrevet. Systematisk tekstkondenseringsmetode (Malterud 2001; 2002) i (Kjølseth et al., 2009) basert på elementer fra fenomenologisk analyse og grounded theory (Smith, 2003) i (Kjølseth et al., 2009) modifisert av Malterud. Analysen består av fire stadier som er nærmere forklart i undersøkelsen.
7.	Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)? Forfatter har informert om at det ikke er gjort samme type studier tidligere, funnene vil ikke kunne underbygges.
8.	Er etiske forhold vurdert? Deltagerne ble informert skriftlig om studien og garantert anonymitet, studien ble forelagt Regional Etisk Komité.
9.	Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Eldres selvoppfatning har betydning for selvmordsatferd. Intervjuene med pårørende konkluderte med at de suiciderte hadde vanskelig for å akseptere aldersmessige tap av funksjoner siden deres selvfølelse var sammenhengende med produktivitet og kontroll. Tap av kontroll førte til en sårbarhet de ikke tolererte.
10.	Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Resultatene bør være av betydning for hva som bør undersøkes i forhold til forebyggende strategier. Viktig med informasjon til helsepersonell om personlighetstrekk og selvoppfatning som betydningsfulle risikofaktorer i selvmordsammenheng. Eldres slektninger bør også informeres.

Tabell 12

<b>Register studie: Vurdert ved sjekklister for Case – control studie: Erlangsen et al., (2005). The Effect of Hospitalization with Medical Illness on the Suicide Risk in the Oldest Old: A Population - Based register study.</b>	
1.	Er formålet med studien klart formulert? Ja, sammenligne 3 aldersgrupper i forbindelse med selvmord: (52 – 64) (65 – 79) og de eldste eldre > (80). Undersøke effekt av hospitalisering med en eller flere somatiske diagnoser gitt i løpet av en 2 års tidsperiode. Uvalget for studien var alderspopulasjonen over 52 år i Danmark.
2.	Er en case control studie velegnet for å besvare problemstillingen? Studien er velegnet for å se om sykehusinnleggelser har påvirket de ulike aldersgruppene i forhold til selvmord ved å sammenligne innlagte med de som ikke har vært innlagt. Ved å sammenligne de som ikke ble innlagt i tidsperioden i hver gruppe med de som ble innlagt med somatiske diagnoser vil en kunne se om alvorlige diagnoser som førte sykehusinnleggelser har betydning for selvmord.
3.	Ble kasusgruppen valgt ut på en tilfredsstillende måte? Ja, alle i Danmark fra 52 år og oppover: Folkeregisteret, registre ved sykehus og offentlige dødsregistre.
4.	Ble kontrollene valgt ut på en tilfredsstillende måte? På samme måte som kasusgruppen.
5.	Ble eksponeringen presist målt? Relativ risiko (RR), ble beregnet ved tidshistorisk analyse, proposjonale risikomodeller ble benyttet for kalkulering av sannsynlig risiko for selvmord hos hvert individ. Koeffisienter ble estimert for spesielle kombinasjoner av tidsvariabler.
6.	Har forfatterne tatt hensyn til mulige ”konfoundere”? Tatt hensyn til co-variabler (status endringer) i studieperioden.
7.	Hva var resultatene i denne studien? Sykehusinnleggelse ved fysisk sykdom er assosiert med signifikant høyere selvmordrisiko i alle aldersgruppene og øker i takt med antall sykehusinnleggelser. De eldste eldre > (80) oppholdt seg flere dager i sykehus med somatisk sykdom enn de i de yngre gruppene. Suiciderte personer oppholdt seg flere dager i sykehus med somatisk lidelse enn de som ikke suiciderte. De eldste eldre menn > (80) hadde de høyeste suicid ratene av alle aldersgrupper.
8.	Hvor presise er resultatene? Metoden ser ut til å kunne måle (RR) svært presist da co - variablene kunne kalkuleres selv under forandringer i komposisjonen.
9.	Kan resultatene overføres til populasjon/praksis? Ja, helsepersonell i somatiske sykehus bør spille en vesentlig rolle i forhold til å identifisere eldre med selvmordsrisiko da innleggelse i somatisk sykehus er forbundet med større risiko enn innleggelse i en psykiatrisk institusjon. Kun (10- 20 %) av de eldste eldre som hadde suicidert hadde oppholdt seg i et psykiatrisk sykehus.
10.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? I forhold til aldersspekteret og somatiske diagnoser samsvarer det med Wærn et al., (2002); Harwood et al., (2006). Betydningen av somatiske sykehusinnleggelser er ikke målt i tidligere studier.

## 5.4 Studiens samlede resultat: Risikofaktorer og forebygging

### 5.4.1 Risikofaktorer

Sjekklistenes punkt 7 og 9 ligger til grunn for resultatene av risikofaktorer.

**Wærn et al., (2000).** Psykisk sykdom, i størst grad depresjon av alvorlig og mindre alvorlig grad.

**Wærn et al., (2002).** Fysisk lidelse, nevrologiske problemer, nedsatt syn og hørsel og kreft ble funnet som risikofaktorer.

**Rubenowitz et al., (2001).** Familiære uoverensstemmelser og psykisk lidelse ble funnet som de mest betydningsfulle risikofaktorene.

**Duberstein et al., (2004).** Manglende sosial integrasjon ble funnet som risikofaktor og var forbundet med psykisk lidelse. Arbeidsledighet og lave inntekter ble også funnet som risiko. Status som gift, ha barn, søsken, religiøst engasjement, kommunal deltakelse eller aktiviteter ble funnet som beskyttelse. Alkoholoverforbruk reduserte beskyttelse i forhold til religiøst engasjement.

**Harrison et al., (2010).** Suicidale deprimerte eldre opplevde mindre sosial støtte, flere interpersonelle konflikter enn ikke suicidale deprimerte og ikke deprimerte. Sosial støtte ser ut til å være av stor betydning i forhold til selvmordsrisiko.

**Harwood et al., (2006).** Suicid ble funnet som et endepunkt med bakgrunn i en interaksjon mellom fysiske, psykologiske og demografiske variabler.

**Beautrais, A. (2002).** Depresjon ble funnet som den mest betydningsfulle risikofaktoren. Det estimeres med at tre firedeler av selvmord hos eldre kunne vært unngått ved depresjonsbehandling.

**Kjølseth et al., (2009.)** Personlige egenskaper og selvoppfattelse ble funnet som en betydelig risikofaktor for selvmord.

**Erlangsen et al., (2005).** Sykehusinnleggelse ved fysisk sykdom ble assosiert med signifikant høyere selvmordsrisiko i alle aldersgruppene som ble undersøkt og øker i takt med antall sykehusinnleggelser.

### **5.4.2 Forebygging**

Sjekklistenes punkt 9 og 10 inneholder forslag til forebygging.

**Wærn et al., (2000).** Helsetjenesten bør i større grad fokusere på suicidalitet hos eldre og leger må tørre å spørre om suicidalitet. Ved antidepressiv behandling bør suicidalitet være et aktuelt tema. Eldres familie bør involveres for informasjon om Eldres livssituasjon og eventuell suicidalitet.

**Wærn et al., (2002).** Kunnskapsformidling i somatiske sykehus og i primærhelsetjenesten om at alvorlig fysisk sykdom kan medføre selvmordsrisiko vil være et ledd i forebygging.

**Rubenowitz et al., (2001).** Større oppmerksomhet fra kommune – og spesialisthelsetjenesten på Eldres relasjonelle forhold vil være nyttig i forhold til forebygging, også psykologisk støtte til suicidale eldre.

**Duberstein et al., (2004).** Sosiale forhold foreslås undersøkt som et skritt for forebygging, både i første - og andre linjen.

**Harrison et al., (2010).** Sosial støtte i form av brev og telefonkontakt, målrettet terapi ved interpersonelle konflikter hvor familieinvolvering inngår som et ledd i terapien.

**Harwood et al., (2006).** Helsepersonell bør ha kunnskap om risikoen ved fysisk lidelse, interpersonelle problemer, manglende sosial støtte, sorg eller tapsreaksjoner som følge av etterlatthet.

**Beautrais, A. (2002).** Depresjonsbehandling av eldre er et viktig skritt i forebyggende retning. Både første – og andrelinjen bør benytte standardiserte screeningsverktøy for måling av depresjon.

**Kjølseth et al., (2009).** Helsepersonell og slektninger bør få kunnskap om personlighetstrekkenes betydning for selvmordsrisiko.

**Erlangsen et al., (2005).** Helsepersonell i somatiske sykehus bør spille en vesentlig rolle i forhold til å identifisere eldre med selvmordsrisiko da fysisk lidelse som medfører innleggelse i somatisk sykehus er funnet som en risikofaktor av betydning.



# 6 Diskusjon

## 6.1 Hovedpoeng

### 6.1.1 Bekreftelse av studiens hypotese

Studien bekrefter hypotesen som følger:

*Vil somatiske sykehus kunne være egnede arenaer for selvmordsforebygging blant eldre?*

- 1 Tabell 1 og 2 viser at et høyt antall eldre er å finne i somatiske sykehus. Somatisk sykdom er funnet som en av flere betydningsfulle risikofaktorer for selvmord hos eldre.
- 2 Somatiske sykehus er områder som innehar mye kompetanse på selvmordsområdet. Med bakgrunn i de somatiske sykehusenes tverrfaglige kompetanse vil de utvilsomt være relevante arenaer for selvmordsforebyggende tiltak blant eldre. Erfaringen Bærum sykehus har på det selvmordsforebyggende feltet gjør sykehuset spesielt egnet for formålet.
- 3 Somatiske sykehus er i besittelse av rutiner og systemer for kobling til kommunale samarbeidspartnere hvilket gjør dem til relevante arenaer for selvmordsforebyggende virksomhet blant eldre.

*Risikofaktorer for eldre: Fysisk, psykisk sykdom, personlige egenskaper, selvoppfatning, manglende sosial integrasjon, interpersonlige problemer og livshendelser er hovedfunnene for selvmordsrisiko hos eldre.*

*Forebygging for eldre: Anbefalinger går ut på å minske effekten av risikofaktorene ved å behandle sykdom og redusere effekt av risikofaktorene ved implementering av tiltak som styrker motstandskraften.*

Sykehusenes innhold av tverrfaglige kompetanse, først og fremst i form av medisinfaglig helsepersonell, men også tilgjengelig kompetanse på det psykososiale området vil kunne medvirke til at somatiske sykehus kan fungere som spesielt egnede områder for selvmordforebygging blant eldre. Med bakgrunn i risikofaktorene som er funnet hos eldre vil

sosionomens brede kunnskapsfelt være spesielt relevant for avdekking av selvmordsrisiko. Sosionomens faglige ståsted egner seg for å fange opp risikofaktorer som gjelder eldre og intervensjoner på de områder som har ledet til risiko. Kombinasjon av teoretisk og praktisk kunnskap vil være nødvendig for å hjelpe selvmordsutsatte eldre. Kjennskap til lovverket, til ulike instanser og samarbeidspartnere er faktorer av betydning for en helhetlig konsultasjon hvor alle livsområder må utforskes. For å danne et bilde av ”personen i situasjonen”, noe som er viktig i forhold til eldre selvmordsutsatte, vil psykososial intervensjon være den mest relevante tilnærmingen. Erfaring fra selvmordsforebyggende arbeid generelt vil være å anse som en positiv tilleggsfaktor ved selvmordsforebyggende arbeid med eldre.

### **6.1.2 Behov for forebygging**

De ulike studiene som ble vurdert konkluderte uten unntak med behov for flere selvmordsforebyggende tiltak for eldre på alle nivåer innen helsetjenesten. En behandlingsskjede fra sykehus til kommune vil kunne være et kjærkomment forebyggingstiltak og spesielt tidsmessig gunstig i forbindelse med samhandlingsreformens intensjoner. I følge Erlangsen et al., (2005), bør helsepersonell i somatiske sykehus spille en vesentlig rolle i forhold til å identifisere eldre med selvmordsrisiko da innleggelse i somatisk sykehus er forbundet med større risiko enn for eksempel innleggelse i en psykiatrisk institusjon. Undersøkelsen til Erlangsen et al., (2005) viste at kun 10- 20 % av de eldste eldre som hadde suicidert hadde oppholdt seg i et psykiatrisk sykehus. Bærum sykehus innehar mye kompetanse på det selvmordsforebyggende feltet. Sykehuset kan se tilbake på flere tiår med en strukturert samhandlingskjede mellom sykehus og kommuner. Det antas at et av målene ved ulike forebyggingsmodeller må være at de skal fungere over tid, da arbeidet med å systematisere en behandlingsskjede eller modell virker å være krevende både tids - og ressursmessig. En stor fordel ved utformingen av behandlingsskjedemodellen som beskrives i denne studien er at fundamentet ligger på plass, det er kun behov for små justeringer for en tilpasning for sekundærforebygging for eldre.

### **6.1.3 Tidsperspektiv**

Intervensjon hos eldre pasienter innlagt på sykehus vil i mange tilfeller kunne arte seg noe ulikt fra intervensjon hos yngre personer. Et lavere tempo ved ulike daglige gjøremål er ofte en konsekvens ved høy alder. Praktiske - og teoretiske oppgaver vil gjennomføres i et mer

langsomt tempo enn det som tidligere var vanlig, noe det er viktig for helsepersonell å ta hensyn til. Krav til effektivisering og kortere liggetid i helsevesenet kan ha ført til en innskrenket tidsbruk per pasient, noe som kan vanskeliggjøre intervensjonen hos eldre. Eldre har ofte behov for mer tid, både når det gjelder å motta informasjon, men også for å kunne fremlegge sine problemer og reelle behov. Det erfares at eldre pasienter i sykehus relativt ofte uttrykker irritasjon over helsepersonellens travelhet og manglende evne til å lytte. I mange tilfeller velger de heller å tie om sine problemer. Eldre kan gi uttrykk for fortvilelse og maktesløshet med aggressivitet når de ikke får god nok forklaring på hva som hender, eller forberedes i tilstrekkelig grad på forestående behandling. Dersom et godt samarbeidsklima skal kunne opprettes bør behandler beregne tid nok ved konsultasjon av eldre. Ved kartlegging av selvmordsrisiko, som ofte har bakgrunn i sammensatte årsaksforhold vil fokus på tidsbruk være av betydning for samarbeidet. For å kunne planlegge tiltak som passer den enkelte eldre er det viktig å danne seg et detaljert bilde av den Eldres livssituasjon for å unngå ren brannslukning.

## **6.2 Tilnærming**

### **6.2.1 Personlige egenskaper som risiko**

Kjølseth et al., (2009) fant at personlige egenskaper og selvoppfattelse i forhold til rigide holdninger var forbundet med selvmordsrisiko hos eldre. De eldre så på seg selv som verdiløse ved at de ikke lenger fungerte som produktive samfunnsdeltagere. Selvfølelse var sterkt forbundet med produktivitet og selvbestemmelse, noe som førte til vanskeligheter ved å akseptere aldersmessige tap. Tap av kontroll i alderdommen førte til en sårbarhet som ikke kunne tolereres. De eldre ble beskrevet som sterke, vanskelige å komme inn på, reserverte med liten evne til nærhet og åpenhet overfor sine nærmeste. De var avhengige av sterk kontroll. I situasjoner hvor de måtte gi slipp på kontrollen og tapte autonomi, så de seg selv som verdiløse. De ser ut til å oppleve seg som en utstøtt gruppe fordi de ikke lenger er produktive, noe som passer dårlig inn i deres selvbilde hvor identiteten knyttes opp mot produktivitet. I følge Hammerlin (1999) dannes personlighet gjennom individets historie og erfaring. Flere eldre hadde hatt en vanskelig oppvekst, en historie med tidlig arbeidserfaring og mye ansvar fra unge år, noe som vil kunne ha betydning for deres personlighetsdannelse. De så seg selv, ble også oppfattet av andre individer som sterke personer som var vant til å ha

regien på livet, en identitet som ble vanskelig å gi slipp på. Denne kategorien eldre kan være den vanskeligste å hjelpe. Grep i forhold til å snu rigide tankemønstre kan mislykkes dersom terapeutisk behandling avvises, noe som kan tenkes i forhold til denne gruppen. Kjølsen et al., (2010b; Kjølsen og Ekeberg 2012) fant at de eldres kontakt med helsevesenet var vanskelig da de ikke hadde tillit nok til å involvere helsepersonell i sine problemer. Et stort antall suiciderende eldre var i kontakt med helsevesenet i kort tid før selvmordet (Harwood et al., 2000; Luoma et al., 2002; Kjølsen og Ekeberg 2012). Det ser ut til at mange eldre enten ikke ønsker, eller ikke får seg til å nevne sine suicidale ideer til helsepersonell. Eldre med personlige egenskaper som risikofaktor har stort sett vært vant til å klare seg selv uten mye hjelp fra andre. Om de var blitt tilbudt hjelp er det forbundet med usikkerhet om de ville latt seg hjelpe. Det er lite som tyder på at de ”åpner seg” seg for en terapeut når de har motvilje mot å dele følelsesladete temaer, eller vise følelser overfor sine nærmeste. I følge Kjølsen og Ekeberg (2012) er det ikke uvanlig at mange eldre likevel gir varselssignaler før suicidet inntreffer. Wærn et al., (1999); Kjølsen og Ekeberg (2012) fant at varslene stort sett ble gitt til slektninger. Med bakgrunn i at eldre faktisk varslers kan det likevel være et stille rop om hjelp. Familieinvolvering vil være svært viktig enten eldre er på sykehus eller i primærhelsetjenesten når det er funnet at suicidvarslers først og fremst rettes mot slektninger (Harrison et al., 2010; Wærn et al., 1999; Kjølsen og Ekeberg 2012). Det kan utgjøre en forskjell på liv og død om helsepersonell tar opp temaet selvmordsproblematikk når eldre er i kontakt med helsevesenet.

I sykehussammenheng kan det tenkes at denne gruppen eldre ved sosionomens innsats vil kunne hjelpes ved adekvat tidsbruk og tilpasset kartleggingsverktøy. For pasienter som opplever sykehusoppholdet som en påkjenning kan det føre til en krise. Under kriser vil det kunne være en større mulighet for å komme ”under huden” på individer som vanligvis ikke snakker om følelsesladete temaer.

### **6.2.2 Utfordrende caser**

I blant henvises pasienter til sosionom hvor sykepleier eller lege har ment at en samtale vil kunne være bra for pasienten selv om pasienten i utgangspunktet ikke ønsket samtalen. At pasienter likevel henvises kan være et tema for diskusjon vedrørende etiske aspekter. Det er uansett sosionomens oppgave å gå inn til pasienter som henvises, et unntak vil være dersom det virker direkte uetisk. Caser som dette kan i mange tilfeller være svært utfordrende og det

er nødvendig å gi en forklaring på hvem som har henvist, og årsak til henvisningen. Denne fremgangsmåten fører som oftest til en god og oppklarende samtale. Spørsmål om hvordan pasienten har det og hvordan aktuell situasjon oppleves blir ofte innledningen på samtalen som i utgangspunktet ikke var ønsket. I mer sjeldne tilfeller hvor denne metoden ikke fører fram kan en løsning være å gå forsiktig inn på motstanden mot en samtale. Gruppen eldre med personlige egenskaper som risikofaktor for selvmord vil kunne være innenfor kategorien som ikke ønsker å snakke med helsepersonell. Sosionomens kunnskap og ferdigheter sammen med tilpasset tidsbruk bør være faktorer av betydning for opprettelse av et godt samarbeidsklima.

### **6.2.3 Fysisk sykdom som risikofaktor**

I følge Conwell et al., (2009) er det et behov for mer forskning på hvordan somatisk sykdom påvirker eldre da det frem til nå har det vært gjennomført få undersøkelser på området. Studien til Erlangsen et al., (2005) tok kun for seg eldre i forbindelse med innleggelser i somatiske sykehus og ikke personer med andre helsemedisinske kontakter som førstelinjen, hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Opphold i private sykehus var heller ikke medregnet i studien. Erlangsen et al., (2005) fant at to av tre i den eldste eldre gruppen som hadde suicidert, hadde vært innlagt i somatisk sykehus i løpet av de to siste år før suicidene fant sted. Alvorlig somatisk sykdom som førte til sykehusinnleggelser ble forbundet med selvmordsrisiko, spesielt ved sykdom som førte til funksjonssvikt. Undersøkelsen konkluderer med at helsepersonell ved somatiske sykehus bør være spesielt opptatt av å se etter denne gruppen for identifisering av sårbare personer. Alvorlig fysisk sykdom ble funnet som risikofaktor for menn spesielt (Wærn et al., (2002). Harwood et al., (2006) fant også at fysisk sykdom var forbundet med selvmord, han fant en forbindelse mellom livsproblemer, fysisk sykdom og psykisk sykdom som årsak til selvmord. Beautrais (2002) fant ingen forskjell hos caser og kontroller i fysisk helsestatus, oppsøkningsfrekvens innen primærhelsetjenesten eller ved hyppighet i sykehusopphold i løpet av siste år. En studie (Chiu et al., 2004 i Conwell et al., 2009) fant at casene i større grad enn kontrollene hadde besøkt primærhelsetjenesten og oppholdt seg i somatisk sykehus i løpet av det siste året før selvmordet. Erlangsen et al., (2005) fant at de eldste eldre som hadde vært innlagt på sykehus i løpet av en toårsperiode, med en eller flere somatiske diagnoser hadde større risiko for selvmord etter utskrivelse enn de eldste eldre som ikke hadde vært hospitalisert. Undersøkelsen viste at de eldste eldre kvinnene var spesielt utsatt. Nødvendigheten av å oppsøke eldre mens de er i sykehus

presiseres, dette for å kunne identifisere eldre med suicidale ideer. En undersøkelse (ikke vurdert) utført av (Karvonen et al., 2009) fant at eldre kvinner i større grad enn menn suiciderer etter utskrivelse fra sykehus. Uansett kjønn er fysisk sykdom en faktor det er verdt å se etter ved undersøkelse av selvmordsrisiko hos eldre. Faktoren vil kunne influere på depressive symptomer (Conwell & Duberstein i Hawton 2005).

#### **6.2.4 Nytt funn - tema for fremtidig forskning?**

Det er i følge (Cullberg 2008) ikke uvanlig at en sykehusinnleggelse i seg selv kan oppleves som en krise ved at man opplever seg krenket, dette som en reaksjon på at man opplever seg som ”hvem som helst”, taper autonomi og sivil identitet. Mange kan ved dette oppleve en avmakt som igjen kan føre til krenkelse. Sykehusinnleggelse kan for noen oppleves som tap av frihet som på et dypere nivå kan innebære en trussel om krenkelse eller en reell krenkelse. Fenomenet vil kunne ramme eldre inneliggende i sykehus når det gjelder opplevelsen av selve sykehusoppholdet. Kan det i tilfelle være forhold rundt selve oppholdet som kjennes krenkende og som fører til risiko, eller oppstår risiko kun som følge av alvorlige diagnoser, spesielt diagnoser som fører til funksjonsvikt hvor tap av autonomi ofte blir en realitet. Det kan ikke utelukkes at påkjenningen ved selve sykehusoppholdet medfører selvmordsrisiko, ellers kan det vise seg å være blandingen av de forhold som er nevnt over som medfører risiko. Da det per i dag mangler kunnskap om temaet vil det kunne være et spennende område for fremtidig forskning. For eldre med personlige egenskaper som risikofaktor kan det ikke utelukkes at sykehusopphold i seg selv vil kunne oppleves som en krenkelse da de ser ut til å være svært avhengige av kontroll, noe som vanligvis går tapt ved pasientstatus. Tap av autonomi vil være en vanlig følge av sykehusopphold da man inntar pasientrollen og blir en del av sykehusets system (institusjonalisert). Individets tidligere erfaring og tilpasningsevne vil kunne være av betydning for hvordan pasientrollen takles.

#### **6.2.5 Sosiale - og relasjonelle forhold som risikofaktorer**

Undersøkelsene til (Rubenowitz et al., 2001; Duberstein et al., 2004; Harrison et al., 2010; Harwood et al., 2006; Beautrais 2002) sier noe om hva manglende sosiale nettverk - og svekkede interpersonlige forhold hos eldre kan føre til. Sosiale nettverk og familiære forhold bør inngå som en del av en grundig kartlegging. Rubenowitz et al., 2001; Duberstein et al.,

(2004) fant at manglende sosial integrasjon på familie og samfunnsnivå er forbundet med psykisk sykdom.

Psykisk sykdom og familieproblemer ble funnet som risiko i undersøkelsen til Rubenowitz et al., (2001). Hos eldre med svake sosiale nettverk vil det kunne være preventivt å undersøke om de lider av depresjon. Selvmordsatferd hos eldre kan springe ut i fra samfunnsforhold som vil kunne innvirke på om individet ønsker å leve eller ikke. Durkheim (1858- 1917) mente likevel at enkelte selvmord kunne handle om personlige forhold forbundet med individuelle egenskaper som Kjølseth et al., (2009) fant som risiko i sin undersøkelse. Durkheim's teori om samfunnsbetingelsenes betydning for selvmord er fortsatt aktuell, teorien kan ha gyldighet for eldre i dagens samfunn. I tider som er blitt mer markedsøkonomisk orientert, hvor helseinstitusjoner gjerne sammenlignes med produksjonsbedrifter kan det være en fare for at den forventede "eldrebølgen" vil kunne påvirke synet på eldre negativt, slik at de sees som en helseøkonomisk samfunnsbyrde. Durkheim så samfunnet som et moralsk fellesskap hvor selvmordshyppigheten ble sett som en alvorlig samfunnskrise. De fleste samfunnsborgere ender opp som eldre, noe politikerne i større grad bør ta høyde for, spesielt med tanke på den forventede "eldrebølgen".

### **6.2.6 Depresjon som risikofaktor**

Psykisk lidelse, i størst grad depresjon ser ut til å være en faktor av betydelig format for selvmord hos eldre (Wærn et al., 2000; Rubenowitz et al., 2001; Duberstein et al., 2004; Beautrais 2002). Depresjonens betydning nevnes innledningsvis i de fleste undersøkelser som har undersøkt ulike variabler for selvmordsrisiko. Gjennom en stor helseundersøkelse ved Vasa Sjukhus i Göteborg ble depresjonssymptomer funnet som en relativ vanlig forekomst hos den eldre delen av befolkningen (Wærn et al., 2000). Det er viktig å påpeke at de fleste eldre med depresjon ikke suiciderer selv om faktoren regnes som betydningsfull i selvmordssammenheng (Conwell, Duberstein & Caine 2002). Det vil uansett være uklokt å overse depresjonens betydning i forbindelse med selvmord hos eldre.

#### **6.2.6.1 Medisinering ved depresjon**

Den vanligste behandlingen ved aldersdepresjoner er medisinering. Til tross for den kraftige økningen i foreskrevne antidepressive legemidler er det ikke vist noen reduksjon av betydning i selvmordstallene, det er nødvendig med en mer komplett hjelpeinnsats (Wiktorsson 2005).

Resept på antidepressive medikamenter uten tilpasset oppfølging ser ikke ut til å være noen god løsning. Eldre kan i mange tilfeller avbryte behandling på egen hånd dersom snarlig effekt ikke oppnås. Ved milde depresjoner er det ikke alltid nødvendig med medisinsk behandling (Wiktorsson 2005). En blanding av medisinske, psykologiske og psykososiale tiltak kan også være til hjelp for utsatte eldre. Involvering av pårørende er foreslått for å endre utilfredsstillende forhold som kan føre til depresjon (Wiktorsson 2005).

Duberstein et al., (2004) fant at manglende sosial integrasjon på familie og samfunnsnivå var forbundet med risiko for psykisk sykdom og selvmord. Depresjonsscreening foreslås som en egnet metode for identifisering. Identifikasjon av deprimerte eldre er et viktig poeng, like viktig er oppfølgingen og hvordan den foregår. Medisinering kan ha lite for seg dersom eldre ikke følges tett opp (Wiktorsson 2005). Beautrais (2002) anslo at dersom stemningslidelser (alvorlig og mindre alvorlig depresjon) var blitt eliminert ville tre firedeler av selvmord blant eldre kunne vært unngått.

## **6.3 Psykiatrisk tilnærming til selvmordsatferd**

Den psykiatriske tilnærmingen har i følge Diserud (2006) vært toneangivende i hele den vestlige verden når det gjelder enkeltindividets selvmordsatferd, både i forhold til selvmordsforsøk og selvmord. Denne forståelsen har sin forankring i psykoanalytisk teori og det er med bakgrunn i påvist forhøyet selvmordsfare ved flere psykiske lidelser at tilnærmingen har blitt ledende på området.

Sett i et kritisk perspektiv er det mulig at betydningen av psykisk lidelse og depresjon kan ha fremkommet i så sterk grad som et resultat av at flere forskere har vært mer opptatt av denne variabelen. Nasjonale retningslinjer for psykiatrien (2008) er beregnet for forebyggende virksomhet innenfor det psykiatriske helsevernet, eldre er ikke spesifikt nevnt selv om de ligger høyt på selvmordstatistikken. Fram til i dag finnes ingen retningslinjer for selvmordsforebygging innenfor somatiske institusjoner selv om dette er sterkt anbefalt (Erlangsen et al., 2005; Wærn et al., 2002).

## **6.4 Helhetsperspektiv som analyseredskap**

Med bakgrunn i forhold som kan medvirke til selvmordsatferd hos eldre kan et helhetsperspektiv være et egnet analyseredskap. Da de enkelte risikofaktorene kan være av lav



prediktiv verdi vil bruk av helhetsperspektivet kunne være et redskap til nytte for et mest mulig oversiktlig bilde av eldres livssituasjon på alle plan. Hammerlin (1999) gir uttrykk for at retningene sosiologisme, biologisme og psykologisme hver for seg fører til reduksjonistiske perspektiver på det komplekse forholdet mellom individ og samfunn. Individet sett ut i fra en av retningene vil være forbundet med tap av viktig informasjon fordi de andre områdene som er en del av den menneskelige helheten ikke tas med i en analyse av individets problemer. Det *egoistiske* selvmordet har sine røtter i individets manglende integrasjon i samfunnet (Hammerlin 1999). Manglende integrasjon på familie og samfunnsnivå er funnet som risikofaktor for selvmord hvor problemene kan føre til psykisk sykdom. Duberstein et al., (2004) foreslår depresjonsscreening og identifisering av problemområder som følge av manglende sosial integrasjon. For å kunne gi eldre varig hjelp vil det være betydningsfullt å forstå hva som kan ha ligget til grunn for utviklingen av depresjon, og ikke kun behandle symptomene. Ved sosionomintervensjoner i sykehus er det relativt vanlig å fokusere på pårørende, de vil i mange tilfeller være svært viktige støttespillere for pasienter, også for eldre innlagte med risiko for selvmord. Cullberg (2008) vektlegger betydningen av pårørendes støtte i forhold til bearbeidelse av psykiske kriser. Det er likevel ikke alle eldre som har nære pårørende, de vil være i behov av profesjonell støtte. Et svært vanlig aldersmessig tap er et minkende nettverk. Eldre som har barn bør få profesjonell hjelp til involvering av barna. Eldre pasienter reagerer ofte negativt på forslag om å involvere barn og barnebarn, noe som kan ha røtter i ulike årsaker. Motstanden mot å bry barn og barnebarn forklares til dels med at de er svært så opptatt på flere livsområder. En annen mulig forklaring som ikke fremkommer i samtaler kan være at mange eldre er så vant til å klare seg selv at de rett og slett ikke ønsker innblanding fra andre, heller ikke fra familien. Hele spekteret ved selvmordsproblematikk hos eldre må sees i sammenheng for varig endring av forhold som fører til utsatthet.

Undersøkelsene som er vurdert peker på flere problemområder som kan være innvevd i hverandre. Innenfor området sosialt arbeid beskrives en hjelpeprosess som en endringsprosess bestående av ulike stadier (Johnson og Yanca 1983). Behandling av eldre selvmordsutsatte må gjennomføres regelmessig, over tid for et varig resultat. Hammerlin (1999) viser til Durkheim's teorier som i størst grad ser selvmord i et samfunnsperspektiv men likevel mener at selvmordet ikke kun kan sees ut i fra samfunnsbetingelser. Uansett årsak til eldres selvmord vil det være vanskelig å se bort i fra sammenhengen mellom individuelle - og samfunnsmessige faktorer. Det bør fokuseres på interaksjonen mellom individet og systemene rundt for å forstå situasjonen (Shulman 2003). Eldre kan i mange tilfeller være en marginal og

utsatt gruppe i dagens samfunn som det er viktig jfr. sosialt arbeids målsetting å ta tak i. Årsakene til eldres problemområder må kartlegges nøye med fokus på ressurser og mestringsferdigheter. Hjelpetiltak for eldre må ta høyde for de eldres individuelle behov.

## **6.5 Kliniske implikasjoner**

### **6.5.1 Viktige signaler for forebygging**

De vurderte studiene foreslår forebygging på ulike nivåer, både i første – og andrelinjen. Når det gjelder personlige egenskaper som risikofaktor for selvmord er det i et forebyggende perspektiv viktig at helsepersonell og eldres familie informeres om denne risikofaktoren (Kjølseth et al., 2009). Kunnskap om risikofaktorer som alvorlig fysisk sykdom, og hvilke som rangerer øverst bør overføres til helsepersonell både i første – og andrelinjen, som ved sykehus (Wærn et al., 2002).

Tiltak som går ut på å undervise ved ulike kommunale institusjoner om risikofaktorer for eldre vil utvilsomt være et skritt i positiv retning. For å fange opp eldre med manglende sosial integrasjon er det viktig at både første - og andrelinjen etterspør de eldres sosiale forhold (Duberstein et al., 2004). Harwood et al., (2006) peker på nytte av å oppspore etterlatte eldre, og eldre med fysisk sykdom, spesielt dersom sykdommen er en av en art som medfører funksjonssvikt. Det er også viktig å fange opp eldre med problemer av relasjonell art. Ved interpersonelle problemer foreslår Harrison et al., (2010) målrettet terapi hvor familiemedlemmer inkluderes. Telefonkontakt og brev kan være relevante tiltak for eldre i mangel av sosial støtte. Rubenowitz et al., (2001) er opptatt av at kommune - og spesialisthelsetjenesten fokuserer på eldres relasjonelle forhold. Ved behandling av eldre suicidale bør det i størst mulig grad tilbys psykologisk støtte. Depresjonsscreening, i første – og andrelinjen er foreslått som viktige tiltak for forebygging av selvmord hos eldre (Beautrais 2002). Det fastslås at et større fokus på selvmord hos eldre i fra helsevesenet er nødvendig dersom selvmord skal kunne forebygges. Leger og helsepersonell må i større grad våge å etterspørre suicidalitet enn det som nå er tilfelle (Wærn 2000). Et større fokus på informasjon og undervisning på området eldre og selvmord vil være av stor betydning i et forebyggende perspektiv.

### 6.5.2 Somatisk sykehus som arena for forebygging

Studiens resultat viser at somatiske sykehus er velegnede områder for selvmordsforebygging, spesielt med bakgrunn i at somatisk sykdom i seg selv er funnet som risiko for selvmord (Wærn et al., 2002; Erlangsen et al., 2005; Harwood et al., 2006). Et tverrfaglig samarbeid rundt eldre selvmordsutsatte individer vil kunne være spesielt gunstig da selvmordsproblematikk har røtter i sammensatte forhold rundt eldres livssituasjon. Somatiske sykehus er institusjoner bestående av sammensatt tverrfaglig ekspertise og egner seg spesielt for selvmordsforebygging for eldre. Behandling av eldre på sykehus leder ofte til et tverretatlig samarbeid om den enkelte pasient.

Institusjoner som somatiske sykehus egner seg for bruk av helhetsperspektivet, dette med bakgrunn i institusjonenes sammensatte faggrupper, først og fremst medisinfaglig helsepersonell. Faggrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer og sosionomer vil kunne spille en viktig rolle når det gjelder eldre selvmordsutsatte. Med bakgrunn i de sammensatte risikofaktorene som er funnet hos eldre kan tverrfaglighet være av betydning. Kartlegging av risikofaktorer som følge av fysisk sykdom vil først og fremst være et naturlig fokusområde under et somatisk sykehusopphold. Også undersøkelse av andre risikofaktorer er viktig, som for eksempel sosiale og interpersonelle forhold, noe som i utgangspunktet er et vanlig fokusområde ved sosionomintervensjon i sykehus. Forekomsten av depresjon hos eldre med selvmordsproblematikk gjør at det kan være en fordel med bruk av screeningsverktøy under kartlegging da risikofaktoren er av stor betydning.

I følge de Nasjonale retningslinjene for psykisk helsevern forutsetter selvmordsrisikovurdering kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter (Helsedirektoratet 2008). Deler av retningslinjene kan være aktuelle for forebygging i somatisk sykehus. Ved kartlegging jfr. Nasjonale retningslinjer inngår spørsmål om selvmordstanker, selvmordsplaner og/eller selvmordsforsøk. Det antydes at helsepersonell som skal vurdere selvmordsrisiko må inneha tilstrekkelig kompetanse, også for iverksettelse av adekvate tiltak. Det kan være mindre fruktbart i å etterspørre tanker, ideer eller planer om selvmord dersom det mangler kompetanse for ivaretagelse av følelsesmessige reaksjoner og kunnskap om relevante oppfølgingstilbud. Lege og psykolog er yrkesgrupper som i utgangspunktet pekes ut som kvalifisert personell for selvmordsrisikovurdering. Kompetansenivået innenfor disse gruppene kan variere også i sykehus. Det er ikke uvanlig at selvmordsproblematikk hos eldre fører til forsterket usikkerhet hos helsepersonell, noe som

kan ha sammenheng med holdninger til eldres selvmord. Forskningsfunn (Oudshoorn og Fleischer 2002; De Leo i Wasserman og Wasserman 2009), viser at det finnes større aksept for eldres dødsønsker. Dersom selvmordsforsøk - og selvmord aksepteres som forståelige løsninger i forhold til negative aldersmessige faktorer vil det kunne ende med at eldre ikke får behandlingen de har krav på i en akseptabel grad. En avgjørende faktor i enhver hjelpeprosess er synet på den som skal hjelpes (Shulman 2003). Ambivalente holdninger til eldres selvmord er i følge Oudshoorn & Fleischer (2002) ikke uvanlig. Dersom hjelper er innstilt på å godta eldres selvmordsønsker ut i fra egne holdninger om at livet som gammel ikke er en akseptabel form for livsutfoldelse, vil det kunne virke hemmende på hjelpeprosessen. Undersøkelsesfasen i sosialt arbeid innhenter mest mulig informasjon om individet, for eksempel i forhold til nettverk, familiehistorie, helse og arbeidsliv, noe som vil danne grunnlag for behandling. Kartlegging, vurdering og henvisning til relevant oppfølging vil utgjøre et viktig stykke arbeid innenfor somatikkens område.

Et samlet resultat fra litteraturgjennomgangen viser at det er et stort behov for selvmordsforebygging blant eldre. Kapittel 7 presenterer en grovskisse av en samhandlingsmodell fra somatisk sykehus til kommune som i beste fall kan utgjøre et viktig bidrag til selvmordsforebygging for eldre.

### **6.5.3 Hjemmebaserte tjenester som arena for forebygging**

Eldre kronisk syke personer som mottar hjelp fra hjemmebaserte tjenester kan være blant de eldre som er i risikozonen for selvmord. Det vil ut i fra risikofaktorene som er funnet være en fordel om ansatte i hjemmebaserte tjenester undervises om selvmordsrisikoen fysisk sykdom kan medføre. Hjemmebaserte tjenester bør kontaktes dersom det hos noen av deres pasienter avdekkes selvmordsrisiko mens de er i sykehus. Eldre brukere av hjemmebaserte tjenester er ofte preget av flere kroniske lidelser som kan medføre redusert mobilitet på grunn av ulike typer funksjonssvikt. Eldre med slike problemer vil som oftest ikke kunne benytte seg av seniorsentrenes varierte tilbud. Fastlegene bør ellers være viktige samarbeidspartnere i forhold til eldre pasienter som er, eller har vært innlagt i somatiske sykehus. Epikrise skal rutinemessig sendes fastlege ved utskrivelse, journalnotat fra sosionom bør følge epikrisen til selvmordsutsatte eldre. For mange eldre er fastlegen den viktigste kontakten de har (Cullberg 2008). Fastlegene bør i den grad det er mulig informeres om egne pasienter, spesielt fordi selvmordsproblematikk ikke er et opplagt tema ved konsultasjoner. Undervisning om temaet

selvmord hos eldre, hos fastleger, hjemmebaserte tjenester og seniorsentre vil kunne medvirke til forebygging. Samhandlingsreformen ser ut å virke positivt ved et mer gjensidig forpliktende samarbeid mellom første og andrelinjen. Kvaliteten på helsetilbud til eldre bør være et fokusert område i helsevesenet.

## **6.6 Effekt av forebygging**

Da selvmord er et sjeldent fenomen vil det være problematisk å måle effekt av ulike forebyggende tiltak (Mehlum 1999). Det kreves store studier for å kunne påvise effekt. Man har likevel mye kunnskap om risikofaktorer noe som bør bidra til at denne kunnskapen implementeres, spesielt på de arenaer hvor systemer og mulighet for selvmordsforebyggende tiltak ligger til rette. Somatiske sykehus er funnet som arenaer inneholdende systemer og mye relevant kunnskap som kan komme til nytte for å forsøke å forebygge selvmord.

Samhandlingsreformens hovedmål er bedre koordinering av tjenester, forebygging og begrenning av sykdom, hensyn til samfunnets økonomiske bæreevne. Målsettingen kunne ikke vært mer passende i forhold til denne studiens hensikt som er utforming av en selvmordsforebyggende samarbeidsmodell mellom sykehus og kommuner rettet mot eldre. Modellen som presenteres er en kostnadseffektiv modell i den forstand at den ikke trenger tilførsel av ekstra ressurser da ressursene allerede eksisterer. Eksisterende kompetanse og ressurser i somatiske sykehus og kommuner bør kunne komme eldre selvmordstruede til gode. Eldre ser ikke ut til å være de individer som først ber om hjelp. Det er å håpe på at neglisjering av eldre i selvmordsammenheng blir et tilbakelagt kapittel. Da det viser seg at eldre ligger forholdsvis høyt på selvmordsstatistikken synes det naturlig å rette søkelyset på problematikken.

## **6.7 Styrke og svakheter ved studiet**

Ved litteraturstudier vektelegger Forsberg og Wengström (2003) nødvendigheten av et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Dette for å kunne utføre en litteraturstudie av forskningsmessig kvalitet som grunnlag for konkludering. Det er likevel ikke satt klare regler for antall studier som bør inngå i en litteraturstudie, det vil avhenge av hvor mye forskning som finnes på et område og kravene som stilles for inkludering (Forsberg og Wengström 2003). Ideelt sett bør ikke studier eldre enn fem år benyttes da forskning i følge Forsberg og

Wengström (2003) ansees å være ferskvare. I denne studien er eldre artikler inkludert fordi utvalget av forskningsbaserte artikler er begrenset og det ville være synd om et mangelfullt datautvalg skulle begrense studien. Det ble i utgangspunktet søkt på alle typer studier om selvmord hos eldre, case – control studier og psykologiske autopsi studier ble i hovedsak valgt av kvalitetsmessige årsaker. Artikler om eldre og selvmord som først mer tilfeldig ble funnet og lest førte til en økende interesse for temaet. De påfølgende systematiske søkene bekreftet at et egnet utvalg på forhånd var blitt hentet ut. En svakhet ved denne studien er at det ikke er blitt beskrevet hvor mange undersøkelser som ble valgt vekk, kun de som ble utvalgt for en vurdering. Det ble lagt vekt på studier av god kvalitet, enkelte av de som ble valgt bort var studier av lavere forskningsmessig kvalitet, eller eldre studier. Studier av kvalitetsmessig holdbarhet på lik linje med de utvalgte, ble også utelatt da utvalget måtte begrenses i forhold til studiens metode hvor en kvalitetsvurdering av hver og en studie var ønskelig. I etterkant av litteraturutvelgelse og vurdering har forsker sett at alle artiklene fra PhD avhandlingen til Kjølseth (Control in life – and in death: and understanding of suicide among the elderly 2010) skulle vært innlemmet i studien da de i større grad enn flere andre inkluderte studier er ”ferskvare” og hvor funnene er å anse som svært relevante for denne studiens tema. Forfatters sosialfaglige bakgrunn kan i noen grad ha påvirket litteraturutvalget, noe som kan utgjøre et metodisk problem ved studien. Litteratursøking, gjennomgang av litteratur og vurdering var en tidsmessig krevende prosess som førte til et utvalg på ni artikler som ser ut til å være de mest relevante på eldreområdet. Det kan ikke utelukkes at noen flere eller andre artikler kunne blitt vurdert. Det er likevel tvilsomt om resultatet ville ha blitt annerledes da det finnes få forskningsbaserte artikler på området innenfor det aktuelle tidsrommet, noe som var årsaken til at det ble søkt tilbake til år 2000. Litteraturutvalget i denne studien ser ut til å være relevant da studiene er utført av anerkjente forskere på området. Studiet har gitt en god oversikt over hva som er utført av suicidforskning på eldreområdet.

# 7 Konklusjon

## 7.1 Behandlingskjede

I dette kapitlet skisseres en behandlingskjede med utgangspunkt fra Bærum sykehus til Asker og Bærum kommunale seniorsentre. Forutsetningen for å bygge en velfungerende behandlingskjede vil være avhengig av tre faktorer: et bestemt utvalg, gode rutiner for oppsporing og et strukturert samarbeid mellom ulike institusjoner, som for eksempel mellom sykehus og kommune (Fadum 2010). Kontinuitet, systematisk samhandling mellom sykehus og kommuner ble funnet som viktige elementer i forhold til oppfølging etter innleggelse med selvmordsforsøk (Mork, Mehlum & Fadum 2010). En behandlingskjede bør ikke være personavhengig, men ha fokus på systematiske rutiner. Ved implementering av behandlingskjedetiltak er det nødvendig å ta hensyn til strukturelle forhold ved lokalsamfunn (Spirito 2002 i Fadum 2010). Valget av seniorsentrene som hovedarena for oppfølging i kommunene Asker og Bærum er et resultat av lokalsamfunnets struktur. Andre kommuner kan ha organisert seg annerledes hvor den enkelte kommune må ta hensyn til egen struktur ved utformingen av samhandlingskjeder.

Med utgangspunkt i modellen som skisseres vil det være spesielt viktig med undervisning om selvmord hos eldre ved de ulike seniorsentrene, men også på andre kommunale områder som for eksempel hjemmetjenesten. Kjølseth (2010) sier det er viktig å ha kunnskap om selvmord hos eldre fordi det kreves andre tiltak for selvmordsforebygging i denne gruppen enn hos yngre. Hun legger vekt på de spesielle forhold som fører til selvmordsutsatthet hos eldre og at det derfor er viktig å løfte fram kunnskap om temaet. Først og fremst er det nødvendig med kunnskapsformidling om at det faktisk skjer selvmord blant eldre, hva som ligger bak og hva som særpreger selvmordene for å kunne kjenne igjen signalene og ta dem på alvor (Kjølseth 2010). Ut i fra risikofaktorer som er funnet hos eldre vil helhetsperspektivet være et svært relevant analyseredskap i forhold til selvmordsrisiko.

## 7.2 Modell for selvmordsforebygging blant eldre

### 7.2.1 Modellens form

Intensjonen ved studiens oppstart var å drive oppsøkende virksomhet av eldre over 67 år ved Bærum sykehus. Statistikken over Generell indremedisinsk avdeling, (tabell 1 og 2, s. 32) viser en høy forekomst av inneliggende kvinner og menn over 67 år. Uten tilførsel av ekstra ressurser vil det være urealistisk å gjennomføre oppsøkende virksomhet hos et så høyt antall pasienter som statistikken viser. For at det skal være mulig å realisere et forebyggende tiltak med midlene sykehuset har til rådighet må aldersgrensen for inkludering høynes til 80 år selv om det i utgangspunktet var ønskelig å oppsøke eldre over 67 år.

Modellen betegnes som tre - delt: Oppsporing – Kartlegging/vurdering – Henvisning

- 1 Bærum sykehus, Sosionomtjenesten: Oppsporing av eldre over 80 år gjennom sykehusets elektroniske innkomstlister.
- 2 Bærum sykehus, Sosionom: Kartlegging - og vurdering av selvmordsrisiko.
- 3 Bærum sykehus - Asker og Bærum kommuner: Henvisning fra sosionom, først og fremst til kommunale seniorsentre, men også til andre relevante instanser ut i fra den enkeltes behov.

### 7.2.2 Oppsporing - kartlegging og vurdering - henvisning

Oppsporing av eldre over 80 år vil utføres ved en systematisk gjennomgang av sykehusets innkomstlister. Kartlegging av selvmordsrisiko hos eldre bør gå i dybden. Intervjuer bør ha kunnskap om de spesielle risikofaktorer hos eldre og hva som er nyttig i forhold til forebygging. Depresjonsskalaer kan med fordel inngå som en del av intervjuet med bakgrunn i denne risikofaktorens betydning. For en varig forbedring av forhold som har ført til selvmordsrisiko bør alle livsforhold rundt den eldre utforskes. Helhetsperspektivet vil i så måte være et relevant analyseredskap. Hos pasienter hvor det avdekkes selvmordsrisiko vil de under oppholdet henvises fra sosionomtjenesten ved Bærum sykehus til sosionom ved kommunale seniorsentre. Seniorsentrene kan tenkes å fungere som en livslang fast støttefunksjon i forhold til den enkelte pasients behov. Alle som oppsøkes i målgruppen, også ikke suicidale pasienter vil tilbys kontakt med seniorsenteret de tilhører.



### **7.2.3 Administrativt ansvar**

Koordinator for sosionomtjenesten på Bærum sykehus vil ha hovedansvaret for vedlikehold av modellen. Det betyr i praksis å informere om rutinene innad i sykehuset, vedlikehold av samarbeidsrutiner i sykehuset, registrering, statistikkføring, og kontinuerlig kontakt med seniorsentrene i Asker og Bærum.

### **7.2.4 Asker og Bærum kommune, Seniorsenterene**

Lederne for seniorsentrene i Asker og Bærum kommune vil være ansvarlige for vedlikehold av modellen på kommunalt plan. Lederne for sentrene vil også være ansvarlige for å holde sykehuset oppdatert på endringer ved de ulike sentrene og ta del i opprettholdelse av samarbeidet med sykehuset.

### **7.2.5 Samarbeidsrutiner**

Behandlingskjeden vil være avhengig av tett kommunikasjon og jevnlig samarbeidsmøter mellom sykehus og kommuner.

### **7.2.6 Finansiering**

Forebyggingstiltaket vil kunne iverksettes uten tilførsel av ekstra økonomiske ressurser da ressursene allerede eksisterer ved sykehuset og i kommunene. En ikke usannsynlig utfordring i et fremtidig perspektiv vil kunne være opprettholdelse av eksisterende ressurser.

### **7.2.7 Avslutning**

Det er ikke gjort funn i litteraturen om eldre og selvmord som tyder på at eldre er lei av livet. Problematisk forhold som følge av aldersmessige faktorer kan føre til en uholdbar livssituasjon som kan lede til livstretthet og ønske om å gjøre slutt på livet.

Selv mordshyppigheten hos eldre, inklusiv den estimerte "eldrebølgen" vil utvilsomt føre til fremtidige utfordringer. For å ha håp om å begrense utfordringene vil det være av betydning med mer fokus på fenomenet selvmord hos eldre, og hva som ligger bak. Som et skritt i riktig retning kan en forening av eksisterende tilbud være nyttig. Skal dagens og framtidens utfordringer kunne løses vil et viktig bidrag være etablering av tette, forpliktende samarbeid mellom ulike instanser, for eksempel mellom sykehus og kommuner.

# Litteraturliste

## \* Artikler inkludert i studien

Asker kommune. (2009). Seniorsentre. Avdeling forebygging og rehabilitering. Asker.  
<http://www.asker.kommune.no/>

\*Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. Oxford: 32(1), 1,9 pgs.  
<http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=11-07-2016&FMT=7&DID=11388021>

Bærum kommune. (2008). Seniorsentrene. Avdeling forebygging og rehabilitering. Bærum.  
<http://www.baerum.kommune.no/>

Bærum sykehus (2011). *Årsmelding, Sosionomene ved Bærum sykehus*. Bærum.

Canetto S.S. (1992). Gender and suicide in the elderly. *Suicide & Life – Threatening Behavior*.22: (1):80 – 97.

Clark, D.C. (1996). Elderly suicide is preventable, but stereotypical beliefs interfere with prevention efforts. Senate Special Committee on Aging. Serial number 104 -116. Washington D.C., U.S. Government Printing Office.

Conwell, Y., Duberstein, P. R. & Caine, E. (2002).Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biological Psychiatry*, 52: 193-204.

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Hirsch, J.K., Conner, K.R., Eberly, S & Caine, E.D. (2009). Health status and suicide in the second half of life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25:371-379.

Cullberg, J. (2008). *Mennesker i krise og utvikling*. (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille – Brahe, U., Arensman, E. et al.(2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal for Geriatric Psychiatry*, 16(3), 300-310.

De Leo, D., Draper., B. & Krynska, K. Suicidal elderly people in clinical and community settings: risk-factors, treatment and suicide prevention. I Danuta and Camilla Wasserman (eds.): Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective. Oxford. New York: Oxford University Press; 2009. s. 703 -719.

Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls* (1),23 -31.

\*Duberstein, P.R. Conwell, Y., Conner, K.R., Eberly, S., Evinger, J.S., Caine, E.D. (2004). Poor social integration and suicide. Fact or artifact? A case- control study. *Psychological Medicine*, 3 (7), 1331-7. Hentet 11. Januar 2011 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15697059>

\*Erlangsen, A., Vach, W. & Jeune, B. (2005). The Effect of Hospitalization with Medical Illness on the Suicide Risk in the Oldest Old: A Population – Based Register Study. *The American Geriatrics Society*, (53), 771-776.

Fadum, A. (2006). Rutiner for registrering, oppfølging og behandling av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid – har de noen betydning? *Suicidologi*, 11(3), 21-23.

- Fadum, A. (2010). *Behandlingskjede*. Master i Selvmordsforebyggende arbeid. Oslo: NSSFF.
- Fagernes, A., Jakhell, F., Norderud, E & Dieserud, G. (2010). *Årsrapport, Bærumsmodellen, 2009*. Bærum.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hammerlin, Y. (1999). Når livet blir en byrde. Om samfunnets lidelsesproduksjon relatert til selvmord. Danmark: *Nordiske udkast*.
- \*Harrison, K.E., Dombrowski, A.Y., Morse, J.Q., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds, C. F & Szanto, K. (2010). Alone? Percieved social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3): 445 – 454. *Western Psychiatric Institute and Clinic, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, U.S.A.*
- Harwood, D. & Jacoby, R.(2000). Suicidal behavior among the elderly. I Hawton K. og van Heeringen, K. (eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (s. 275-291). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- \*Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L. & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 36(9): 1265 - 74. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice*. New York: Oxford University Press.
- Heikkinen, M.E. & Lönnquist, J. K. (1995). Recent life events in elderly suicide. *International Psychogeriatrics* 7, 287-300.
- Heisel, M.J. & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Science and practice*, 12,242-259.
- Helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet. Avdeling psykisk helse.
- Holbek, J. A. (2006). Johan Cullberg, Psykisk krise, I: *SinnettsHelse.no - kvalitetssikret folkeopplysning*. Hentet 24. mars 2012 fra [http://sinnetshelse.no/artikler/psykisk\\_krise.htm](http://sinnetshelse.no/artikler/psykisk_krise.htm)
- Johnson, L. C. & Yanca, S.J. (1983). *Social Work Practice. A generalist approach*. (7utg.). Needham Heights, MA 02494. A Pearson Education Company.
- Karvonen, K., Hakko, H., Koponen, H., Meyer- Rochow, V.B. & Räsänen, P. (2009). Suicides Among Older Persons in Finland and Time Since Hospitalization Discharge. *Psychiatric Services; ps. psychiatryonline. org*; 60(3), 390-393.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Teige, B. (2002). Selvmord blant eldre i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122, 1457-61.
- \*Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2009). “Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*, 21(5): 903-912. United Kingdom.

Kjølseth, I. (2010). Control in life – and in death: and understanding of suicide among the elderly. *Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo No. 1026*. ISBN 978-82-8072-533-2

Kjølseth, I. (2010). Viktig å forstå selvmord blant eldre. Hentet 18.november 2010 fra <http://www.abcnheter.no/node/121023>

Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics*, (10) s. 1-9.

Kokkinn, J. (1998). *Profesjonelt sosialt arbeid*. Oslo: Tano Aschehoug.

Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., Kupfer, D.J. (1997). Coming to Terms With the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry* 1997, Vol 54, 337-347.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P. et al. (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*. Vol. 32(2):88-98.

Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (1993). *Epidemiologi*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mehlum, L. (Red.). (1999). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Mork, E., Mehlum, L. & Fadum, A. (2010). Community health service in the care of suicide attempters in Norway: a longitudinal study. *Annals of general psychiatry*. Hentet 22. november 2010 fra <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/9/1/26>.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Oslo.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Sjekkliste for kasuskontrollstudie. Oslo.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste As. Om personvern. Hentet 24.april 2012 fra [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/registerstudier.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/registerstudier.html).

O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*. Hentet 01. februar 2011 fra <http://www.bmj.com/content/329/7471/895.full?sid=5f073acb-da9d-4a93-8393-e8e87>.

Oudshoorn, K. O. & Fleischer, E. (2002). Ældre og selvmord i Vejle Amt. Rapport fra Vejle Amt: Vejle.

Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personne, F., Lester, D., Di Vittorio, C., et al. (2008). Suicide in elderly: A Psychological Autopsy Study in a North Italy Area (1994-2004). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 16, 9; Pro Quest Medical Library pg 727.

Pouliot, L & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 491-510.

Retterstøl, N. (1995). *Selv mord*. Oslo: Universitetsforlaget.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og Samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides - a case - control study. *Psychological Medicine*, 31(7):1193 - 1202.

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statens helsetilsyn (1984-1994). *Bærumsmodellen*. Skriftserie. Oslo: Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn (2001). *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid*. (Utredningsserie nr.3). Oslo: Statens helsetilsyn.

Statistisk sentralbyrå (2010). Befolkning – Et aldrende samfunn. Hentet 10.oktober 2011 fra <http://www.ssb.no/vis/emner/00/norge/bef/main.html>

Statistisk sentralbyrå (2010). Dødsårsaker. *Selv mord og selvmordsrater per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder, 1951-2009*. Hentet 25. mai 2011 fra <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2010-12-03-08.html>

St.meld. nr. 47. (2008- 09). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Thorvik, A. (2008). Å stå på Freuds skuldre: hovedlinjer i psykodynamisk forståelse av suicid. *Suicidologi*, 16 (3), 5-9.

Utdannings - og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*. Oslo.

Walby, F.A. & Ness, E. (2012). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi*, 17 (1), 19-21.

Wiktorsson, S. (2005). När livet känns svårt at leva. *Suicidologi*, 10 (1), 14-15.

Winsløv, J.H., Erlangsen, A. & Fleischer, E. (2005). Forebyggelse af ældre mænds selvmord. Indsatsområder og anbefalinger. Forskergruppen Ældre og Selvmord. *Center for Registerforskning, Aarhus Universitet*.

Wærn, M., Beskow, J., Runeson, B. & Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 354, 917-918.

\*Wærn, M., Runeson, B., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I & Wilhelmsson, K. (2000). *Mental disorder in elderly suicides. A case- control study*. Doktoravhandling, Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Göteborg University.

\*Wærn, M., Rubenowitz, E., Runeson, B., Skoog, I., Wilhelmson, K., Allebeck, P. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case – control study. *British Medical Journal*, 324:1355. <http://www.bmj.com/content/324/7350/1355.1.full>